

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 21 décembre 1892, à 1 heure.

Par PAUL BRION

Né à Épernay (Marne) le 24 Janvier 1868

Externe des hôpitaux et de la Maison d'Accouchements Baudelocque

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

ÉTUDE CRITIQUE

SUR

530 CAS D'AVORTEMENT

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. FOURNIER, professeur.

BRISSAUD

VARNIER

} *agréés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, rue Casimir-Delavigne, 2

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

42

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 21 décembre 1892, à 1 heure.

Par PAUL BRION

Né à Épernay (Marne) le 24 Janvier 1866
Externe des hôpitaux et de la Maison d'Accouchements Baudelocque
Médaille de bronze de l'Assistance publique.

ÉTUDE CRITIQUE

SUR

530 CAS D'AVORTEMENT

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. FOURNIER, professeur.

BRISSAUD

VARNIER

} *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, rue Casimir-Delavigne, 2

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	N.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	{ SEE (G.).
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	{ LE FORT.
Clinique chirurgicale.....	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.....	TILLAUX.
Clinique des voies urinaires.....	PANAS.
	{ GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	DELBET.	MARFAN.	REITTERER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MARIE.	RICARD.
BALLET.	GAUCHER.	MAYGRIER.	ROGER.
BAR.	GILBERT.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BRISAUD.	GLEY.	NÉLATON.	SEBILEAU.
BRUN.	HEIM.	NETTER.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	POIRIER, Chef des tra-	VARNIER.
CHARRIN.	LEJARS.	vaux anatomiques.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUÉNU.	WEISS.
DEJERINE.			

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

*Témoignage de profonde affection
et de reconnaissance.*

A MES AMIS

A MES PREMIERS MAITRES DE L'HOTEL-DIEU
DE REIMS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PINARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
A LA MAISON D'ACCOUCHEMENTS BAUDELLOCQUE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

ÉTUDE CRITIQUE
SUR
530 CAS D'AVORTEMENT

AVANT-PROPOS

A la première page de ce mémoire, je dois inscrire le nom de mon excellent Maître, M. le Professeur Pinard. C'est à lui que je dois toute mon instruction obstétricale ; dans son magistral enseignement, j'ai puisé les principes que je m'efforcerai de mettre en pratique au cours de ma carrière médicale.

Je ne saurais donc lui prouver trop de reconnaissance pour l'accueil bienveillant qu'il m'a témoigné pendant l'année que je viens de passer dans son service de la Clinique Baudelocque et pour l'honneur qu'il me fait encore en acceptant la présidence de cette thèse inaugurale.

A ce nom, je dois associer celui de mon ami et maître le docteur Varnier, professeur agrégé à la Faculté, à qui appartient l'idée première de ce travail. Si ce mémoire a quelque valeur, tout le mérite en revient à mon cher compatriote qui, par ses bons conseils et ses encouragements, m'a permis de mener à bien ma besogne.

Pendant les huit années que j'ai passées dans les hôpitaux, j'ai contracté vis-à-vis des maîtres qui ont contribué à mon éducation médicale des dettes de reconnaissance. Je suis heureux à la fin de mes études de pouvoir leur adresser mes remerciements pour les conseils, la bienveillance et les leçons qu'ils n'ont cessé de me prodiguer.

Que mes premiers maîtres de l'Hôtel-Dieu de Reims : MM. Décès, Luton, Harman, Strappart, Moret, Henrot, Colleville, E. Doyen, Panis, Jolicœur, Langlet, reçoivent l'assurance de ma profonde gratitude. C'est eux qui m'ont guidé au début de mes études à travers les dédales obscurs de la médecine. C'est grâce à leurs exemples et à leurs leçons pleines d'intimité que je dois d'avoir goûté et aimé cet art.

Je ne saurais trop remercier également tous mes maîtres dans les hôpitaux de Paris : A St-Louis, MM. Vidal et Brocq (1887) ;

A Trousseau : M. d'Heilly (1888) ;

Aux Enfants-Malades : MM. de St-Germain et Galippe (Externat 1888-1889) ;

A la Pitié : MM. Jaccoud, professeur de clinique médicale, Menetrier, professeur agrégé, Lesage et Belin (Externat 1891-1892) ;

M. Despagnet, qui m'a toujours accueilli gracieusement dans sa clinique ophthalmologique et m'a fait bénéficier de sa grande expérience.

Je dois à M. Letulle, professeur agrégé à la Faculté, une reconnaissance toute spéciale pour les nombreuses marques de sympathie qu'il m'a témoignées dans des conditions particulièrement douloureuses.

J'ai pu apprécier sa bonté bienveillante pour tous pendant

la trop courte année passée dans son service de Tenon (Externat 1889-90), mais qui, cependant, a été des plus fructueuses au point de vue clinique.

Avant de quitter la clinique Baudelocque, qu'il me soit permis d'adresser mes remerciements à M. Segond, professeur agrégé, chirurgien du service ; à M. le docteur Lepage, chef de clinique, les docteurs Potocki, Wallich, Bouffe de Saint-Blaise, Oui, pour les leçons d'obstétrique et de gynécologie qu'ils nous ont données chaque jour.

Je prie aussi Mlle Roze, sage-femme en chef, d'agréer l'expression de ma reconnaissance.

Je ne veux pas terminer sans assurer mes excellents amis Heiser de mon plus profond attachement. Outre l'affectueuse amitié qu'ils m'ont sans cesse manifestée, j'ai profité de leur grande expérience en hydrothérapie et électrothérapie auxquelles est consacré leur grand établissement médical.

INTRODUCTION

Nous nous proposons d'étudier dans cette thèse, en nous appuyant sur 530 observations tirées de la pratique hospitalière de notre maître, M. Pinard, quelques points de l'avortement qui nous paraissent insuffisamment exposés dans les traités classiques, ou sur lesquels ceux-ci sont en désaccord.

Cette statistique, que M. Varnier a dressée et qu'il a bien voulu nous confier, comprend la totalité des avortements observés de 1883 à 1889 à la Maternité de Lariboisière et de 1889 à octobre 1892 à la clinique Baudelocque sur un ensemble de 47.000 accouchements. Nous la publions en tableaux, par année, respectant, nous dirons ultérieurement pourquoi, l'ordre chronologique dans lequel se sont présentés les avortements.

Outre l'étude de la rétention placentaire et de la conduite qu'elle nous semble commander, sur laquelle nous insisterons particulièrement, nous aborderons, pièce en main, la critique des points suivants :

- Causes de l'avortement ;
- Fréquence relative des présentations du fœtus ;
- État du fœtus au moment de son expulsion ;
- Fréquence relative de l'avortement en 1 ou 2 temps ;
- Délivrance naturelle dans l'avortement en 2 temps.

Numéro d'ordre	Terme	Parité		ACCOUCHEMENTS antérieurs	Durée du travail	Rupture des membranes	Hémorrhagie avant l'avortement	Avorte- ments		Présenta- tion	
		I pare	M pare					1 temps	2 temps	Sommet	Siège
1	5 m. 1/2		5	14 à terme.	17 ^h	sp. à d. c.	1		1	1	
2	3 m. 1/2				14	prémat.			1		
3	6 m.	1			15	1 ^{re} artific.					
Gémell.	6 m.					2 ^{de} spont.			1		
4	6 m.		12	7 à terme, 4 avort.	25	prémat.			1		1
5	3 m.		2	1 à terme.	1/2	prémat.	1		1		
6	5 m.	1			8	art. à d.c.			1	1	
7	3 m.		6	5 à terme.	3 jours						
8	3 m.	1			8 ^h				1		
9	3 m.	1			2 jours						
10	3 m.		2	1 à terme.							
11	3 m.	1									
12	6 m. 1/2		2	1 à terme.	14 ^h	art. à d. c.			1	1	
Gémell.	6 m.	1			3	prémat.					1
13	4 m.	1			24	prémat.			1		1
14	2 m.	1									
15	6 m. 1/2		2	1 à terme.	8	tempest.			1		1
16	6 m.	1			2 jours				1	1	
Gémell.	6 m. 1/2		2	1 à 7 mois.	7 ^h	art. à d. c.			1	1	1
18	6 m. 1/2										
Gémell.	6 m. 1/2	1			2	sp. à d. c.			1	1	
19	5 m.		2	1 à terme.	7	prémat.			1	1	
20	6 m. 1/2		2	1 à terme.	7	sp. à d. c.			1	1	
21	6 m. 1/2		2	1 à terme.							
22	5 m.		3	2 à terme.	1	art. à d. c.			1	1	
23	6 m.		3	1 à 6 m., 1 à terme	3 1/2	sp. à d. c.			1		1
24	6 m.	1			9 1/2	art. à d. c.	1		1		
25	6 m. 1/2		2	1 à 5 mois.	6 1/2	prémat.			1	1	
26	4 m. 1/2		2	1 à terme.	12	spont.			1		
27	4 m.		7	6 à terme.	2 jours			1			
28	5 m. 1/2		2	1 à terme.	9 ^h	sp. à d. c.			1		1
29	6 m. 1/2		2	1 à terme.	8	prémat.	1		1		
30	6 m.		3	1 à 4 m., 1 à terme	12	sp. à d. c.			1		1
31	5 m. 1/2	1			14	sp. à d. c.			1		1
32	3 m.		2	1 à terme.					1		
33	6 m. 1/2	1			16	prémat.			1	1	
34	6 m. 1/2	1			31	art. à d. c.			1		1
35	6 m. 1/2		2	1 à 6 mois.	9	sp. à d. c.			1		1
36	5 m. 1/2		2	1 à 5 mois 1/2.	6	sp. à d. c.			1		1
37	6 m.		2	1 à terme.	2 jours		1	1			
38	3 m. 1/2		4	3 avant terme.					1		
39	6 m.		2	1 à terme.	29 ^h	sp. à d. c.			1		1

Mort et macéré	Mort pendant le travail	POIDS de l'enfant	Dé-livrance		Rétention	Suites de couches		Mortalité	CAUSES de l'avortement	OBSERVATIONS
			Naturelle	Artificielle		Normales	Pathologiques			
1		1.020 250 1 ^{er} 1.000 2 ^e 900	0 2 h. 1			1 1 1				Tamponnement
		600	1 1			1 1				
1		1.100 1.150	1			1 1 1			Hydramnios	
		1.500 1 ^{er} 1.400 2 ^e	1 1			1 1				
		1 ^{er} 1.340 2 ^e 1.290 1.580	1 1 1			1 1	1		Hydramnios (3 l)	
1		720	1			1				
1		1.120 1.220 1.600	1 15' 15'			1 1 1				
1		650 1.150 900 750	15' 15' 15' 0			1 1 1 1			Syphilis Syphilis	
1		1.500 1.500 1.000	20' 1 1		24 h.	1 1 1				
1			1 1			1 1			Rétrov. de l'ut. Syphilis	Tamponnement

Numéro d'ordre	Terme	Parité		ACCOUCHEMENTS antérieurs	Durée du travail	Rupture des membranes	Hémorrhagie avant l'avortement	Avorte- ments		Présenta	
		I rare	M pare					1 temps	2 temps	Sommet	Siège
41	5 m. 1/2	1			65 ^h	prémat.			1	1	
42	5 m. 1/2		4	3 à terme.	12	art. à d. c.		1	1		1
43	6 m.	1			15	sp. à d. c.		1	1	1	
44	6 m.	1			14	prémat.		1	1	1	
45	6 m. 1/2		3	2 à terme.	4	art. à d. c.		1	1	1	
46	6 m.		2	1 à 6 mois.	20	art. à d. c.	1	1	1	1	1
47	6 m. 1/2		3	1 à 7 m., 1 à terme	5	prémat.	1	1	1	1	
48	6 m. 1/2		2	1 à terme.	9	prémat.	1	1	1	1	
49	6 m. 1/2		2	1 à 7 mois.	18 1/2	prémat.		1	1	1	
50	6 m. 1/2	1			8 1/2	sp. à d. c.		1	1	1	1
51	5 m. 1/2		2	1 à terme.							
52	5 m.							1	1		
Ann											
53	5 m. 1/2	1			2	sp. à d. c.		1	1	1	
54	6 m. 1/2		3	1 à 7 m., 1 à terme	5	prémat.		1	1		
55	6 m.		3	2 à terme.	8	sp. à d. c.		1	1		
Gémell.	6 m.	1			4	sp. à d. c.		1	1	1	
56	6 m.				4	prémat.	1	1	1	1	
57	5 m. 1/2		2	1 à terme.	12	prémat.	1	1	1	1	
58	3 m. 1/2	1			20		1	1	1	1	
59	5 m. 1/2	1			10	art. à d. c.		1	1	1	1
60	6 m.		2	1 à terme.	9	sp. à d. c.		1	1	1	
61	5 m. 1/2		2	1 à terme.			1	1	1	1	
62	6 m.		2	1 à terme.	7 1/2	sp. à d. c.		1	1	1	
63	6 m.	1									
64	3 m.		2	1 à terme.				1	1	1	
65	2 m. 1/2		5	1 à 4 m., 3 à terme	2 1/2	art. à d. c.	1	1	1	1	
66	6 m.		2	1 à terme.	2	prémat.		1	1	1	1
67	6 m.		7	1 à 6 m., 5 à terme		tempestive	1	1	1	1	
68	4 m.		2	1 à terme.		prémat.	1	1	1	1	
69	5 m.	1						1	1	1	
70	5 m.		3	2 à terme.				1	1	1	
71	5 m.		2	1 à 3 mois.	13 1/2	art. à d. c.		1	1	1	
72	6 m.		2	1 à terme.	6 1/2			1	1	1	
73	6 m.		3	2 à 7 mois.	19	art. à d. c.		1	1	1	
74	6 m. 1/2	1			43	prémat.		1	1	1	
75	6 m.	1			12 1/2	prémat.		1	1	1	1
76	2 m.		3	2 à terme.		prémat.		1	1	1	
77	6 m.	1			22	sp. à d. c.	1	1	1	1	1
78	6 m.		7	2 f. couch., 4 à ter.	14	sp. à d. c.	1	1	1	1	1
79	6 m.	1			12	art. à d. c.	1	1	1	1	
80	3 m.		8	7 à terme.			1	1	1	1	
81	5 m. 1/2	1			15	art. à d. c.		1	1	1	

de l'enfant		POIDS de l'enfant	Dé- livrance		Rétention	Suites de couches		Mortalité	CAUSES de l'avortement	OBSERVATIONS
Mort et macéré	Mort pendant le travail		Naturelle	Artificielle		Normales	Pathologiques			
1		1.300	10'			1			Coup	Tamponnement
		950	1			1				
		1.000 g.	15'				1			
			1			1				
		1.510	1			1			Chute	
		1.250	1			1			Insertion vicieuse	
		1.680	30'			1				
		1.300	30'			1			Syphilis	
		1.750	30'			1				
		1.620	1 h.			1				
		980				1		1		
1	1	1.300	1			1			Chute	
		1.300	1			1			Syphilis	
		1 ^{er} 730	36'			1				
		2 ^e 420				1				
		1.300	1			1			Chute	
		1.050	0			1				
			30'				1			
		1.080	1			1			Syphilis	
		1.650	0			1			Syph. Hydramnios	
			1			1				
1	1	1.400	30'				1		Chute	
		850	1			1			Môle vésiculaire du poids de 750 gr.	
			1			1			Syphilis	
		850	1 h			1				
		1.750	1 h			1				
		270	11 h				1			
			1				1		Insertion vicieuse	
			0				1			
		520				1				
		1.400	1			1			Syph. Hydramnios	
1	1	1.450					1			
		1.600					1			
		1.630					1			
							1			
							1			
							1			
		1.170				1				
		1.270					1			
						1				
						1				

Numéro d'ordre	Terme	Parité		ACCOUCHEMENTS antérieurs	Durée du travail	Rupture des membranes	Hémorragie avant l'avortement	Avorte- ments		Présent	
		I pare	M pare					1 temps	2 temps	Sommet	Siège
82	2 m. 1/2		5	2 f. couch., 2 à ter.							
83	2 m. 1/2		3	2 fausses couches.							
84	4 m.		7	6 à terme.	7 ^h	sp. à d. c.	1	1			1
85	5 m. 1/2	1			13	sp. à d. c.		1			1
86	6 m. 1/2	1				sp. à d. c.		1			1
87	5 m. 1/2		4	1 à 7 m., 2 à terme	11	sp. à d. c.		1		1	
88	2 m. 1/2	1									
89	6 m. 1/2		2	1 à 4 mois.	13	sp. à d. c.			1	1	
90	1 m. 1/2		3	2 fausses couches.							
91	4 m.		2	1 à 4 mois.	22	sp. à d. c.			1		1
92	4 m.		3	2 fausses couches.					1		
93	5 m.	1			15	prémat.			1	1	
94	6 m. 1/2		6	1 à 7 m., 4 à terme	3 1/2	art. à d. c.	1		1		1
95	5 m.	1			4	sp. à d. c.			1	1	
96	5 m.		2	1 à 3 mois.	15	sp. à d. c.			1		1
97	6 m.		4	3 à terme.	5	spontanée.			1	1	
98	6 m.	1			5	sp. à d. c.			1	1	
99	3 m.	1							1		1
100	6 m.		7	2 à 6 m., 4 à terme	14	spontanée.			1		1
101	6 m.		3	2 à terme.	17	sp. à d. c.			1		1
102	6 m. 1/2	1			16	sp. à d. c.			1	1	
103	5 m.	1			21	prémat.			1		1
104	6 m.		2	1 à terme.	3	prémat.			1	1	
105	5 m. 1/2		5	4 à terme.	6	sp. à d. c.	1		1		1
106	6 m. 1/2		6	1 à 3 m., 4 à terme	5 1/2	art. à d. c.	1		1	1	
107	6 m. 1/2	1						1			
108	6 m. 1/2		2	1 à terme.	7	sp. à d. c.			1		1
109	6 m.	1					1		1	1	
110	6 m.	1			11	sp. à d. c.					1
An											
111	5 m.	1			19	prémat.	1	1			1
112	5 m. 1/2		2	1 à terme.	14	prémat.			1	1	
113	5 m.	1				prémat.			1		1
114	5 m.		3	2 à terme.	17	sp. à d. c.			1		1
115	4 m. 1/2		2	1 à terme.	33	prémat.	1		1	1	
116	4 m. 1/2	1			11 jours	sp. à d. c.			1	1	
117	6 m.		2	1 à terme.	5 ^h	sp. à d. c.			1	1	
118	6 m.		3	1 à 7 mois.	6	art. à d. c.			1	1	1
Gémell.											
119	5 m. 1/2		2	1 à 7 mois.	13	sp. à d. c.			1	1	
120	4 m. 1/2		3	2 à 7 mois.	1	sp. à d. c.					1
Gémell.											
121	5 m. 1/2	1			4	sp. à d. c.			1	1	

de l'enfant		POIDS de l'enfant	Dé- livrance		Rétention	Suites de couches		Mortalité	CAUSES de l'avortement	OBSERVATIONS
Mort et macéré	Mort pendant le travail		Naturelle	Artificielle		Normales	Pathologiques			
1		400 gr	1			1	1			
1		1.250	1			1	1		Albuminurie	
		1.230	1			1	1			
1			10'			1	1		Syphilis	
		520	30'			1	1			
1			0		7 j.	1	1		Syphilis	Sortie sans avoir tout expulsé
		1.800	30'			1	1		Insertion vicieuse	
1			1			1	1			
1			1			1	1		Syphilis	
1			30'			1	1		Albumi. Eclampsie	
			1			1	1		Syphilis	
1		950	1			1	1			
		1.700	1			1	1			
		420	1 ^h			1	1		Chute	
		1.400	1			1	1			
		1.250	30'			1	1			
		1.250	30'				1			
1		1.950				1				Œuf entier
1			1			1			Syphilis	
		1.500	1			1				
		1.450	1 ^h				1			
5										
	1	800 gr	1			1			Albuminurie	
1		580	0			1				
			0			1				
		370	30'				1			Inject. intra-utér.
1		400	0			1			Chute	
			1				1			
1	1 ^{er}	880	1			1			Insert. vic. 0/30	
1	2 ^e	800	1			1			Syphilis	
1			15'				1			Inject. intra-utér.
1			0				1		Syphilis	

Numéro d'ordre	Terme	Parité		ACCOUCHEMENTS antérieurs	Durée du travail	Rupture des membranes	Hémorrhagie avant l'avortement	Avorte- ments		Présen-	
		I pare	M pare					1 temps	2 temps	Sonnet	Siège
122	5 m.	1			10 ^h	art. à d. c.			1	1	
123	6 m. 1/2	1			9	sp. à d. c.			1	1	
124	5 m.		2	1 à terme.	18				1		1
125	4 m. 1/2		3	2 à terme.	40	sp. à d. c.	1		1		
126	4 m.	1			24 1/2				1		
127	6 m.		9	6 f. couch., 2 à ter.					1		
128	6 m. 1/2	1			7	sp. à d. c.			1	1	
129	6 m. 1/2	1			8	prémat.			1		1
130	4 m. 1/2	1			30	prémat.	1		1		1
131	4 m. 1/2	1				sp. à d. c.	1		1	1	
132	6 m. 1/2	1			13	sp. à d. c.	1		1		1
133	6 m.		2	1 à terme.					1		
134	5 m. 1/2		2	1 à terme.	5		1		1		1
135	6 m.		3	1 à 3 m., 1 à term.	32	sp. à d. c.	1		1		1
136	5 m. 1/2		4	3 à terme.	16	sp. à d. c.			1		1
137	6 m.		2	1 à terme.	5 1/2		1		1		1
138	6 m.	1			4 1/2	art. à d. c.			1		1
139	6 m. 1/2	1			3	prémat.			1	1	
140	4 m.	1			7		1	1			
141	4 m.		2	1 à 7 mois.	8		1		1		1
142	4 m.		2	1 à terme.	15	art. à d. c.	1		1		1
143	3 m.		3	2 à terme.				1			
144	3 m.		3	2 fausses couches.			1	1			
145	3 m.		2	1 à 7 mois.					1		
146	6 m.		2	1 à terme.	2	art. à d. c.			1		1
147	4 m.		3	1 à ter., 1 à 6 sem.			1		1		
148	3 m.	1		Avorte. chez elle.					1		
149	3 m.	1		Avort. fait en ville.					1		
150											
Gémell.	5 m.			Avortem. en ville.							
151	2 m.										
152	5 m.		2	1 à terme.	16	art. à d. c.	1		1	1	1
153	4 m.	1					1		1		
154	3 m.		2	1 à terme.	7						
155	5 m.	1						1			
156	6 m. 1/2		4	3 à terme.	6				1	1	
Gémell.	4 m. 1/2		2	1 à terme.	3 1/2		1		1	1	1
157	6 m.	1			1	prémat.			1		1
158	6 m. 1/2	1			6	sp. à d. c.			1		
159	6 m.		3	1 prém., 1 f. couc.	8	prémat.	1		1		
160	5 m. 1/2	1			10 1/2	prémat.			1	1	

t de l'enfant	POIDS		Dé- livrance	Rétention	Suites de couches		Mortalité	CAUSES de l'avortement	OBSERVATIONS
	Mort et macéré	Mort pendant le travail	de l'enfant		Naturelle	Artificielle			
	1		520 ^{gr} 2 ^h		1			Ins. vicieuse 6/25	
			1.340 30'		1			Ins. vicieuse 3/15	
			550 30'		1			Ins. vicieuse 0/15	
	1		510 1			1			Inj. intra-utérine
	1				1		1		
	1								
			1.700 10'		1			Syphilis	
			0		1			Hydramnios	
			380 0		1			Ins. vicieuse 3/20	
			1		1			Chute	
			1.030 1 ^h		1			Chute	
	1					1		Syphilis	Avort. fait en voit.
			990 20'		1			Ins. vicieuse 4/15	
			1.150 20'		1			Ins. vicieuse 6/25	
	1		30'		1			Syphilis	
			1.090 10'		1				
	1		1		1				
			1.290 0		1			Ins. vicieuse 7/20	
					1			Chute	
	1		300 3 ^h		1				
			1 ^h		1				Avort. fait en ville
					1				
			1	5 jours	1				Avort. fait en ville
	1		800 30'		1				
	1		10 ^h	10 h. Rétent.	1		1		Ir. m. de trombose
							1		Ir. m. de pyohémie
							1		
									Hémorrhagie
				4 jours		1			Inj. int.-ut. Av. f. en v.
			620 1		1			Insertion vic. 7/30	

886

1		400	1 ^h		1				
					1				
					1				
1		1 ^{er} 880	1 ^h		1			Insert. vic. 0/20	
1		2 ^e 4280							
1			0		1				
1			1		1				
1			30'		1			Insert. vic. 0/30	
1			2 ^h		1				
1		950	15'		1				

Numéro d'ordre	Terme	Parité		ACCOUCHEMENTS antérieurs	Durée du travail	Rupture des membranes	Hémorrhagie avant l'avortement	Avorte- ments		Présentati.	
		I pare	M pare					1 temps	2 temps	Sommet	Siège
162	6 m. 1/2		3	2 à terme.	2 ^h	art. à d. c.	1		1	1	
163	3 m.		3	2 à terme.		prémat.	1				
164	6 m. 1/2	1			6	art. déb. tr.	1	1	1	1	
165	3 m. 1/2		2	1 à terme.	20	prémat.	1	1	1	1	
166	2 m. 1/2	1			7			1	1	1	
167	2 m.	1									
168	4 m.		5	4 à terme.				1			
169	6 m. 1/2		2	1 à terme.	6 1/4	prémat.			1		1
170	6 m. 1/2	1			12	prémat.		1	1		1
171	3 m.		2	1 à terme.	14		1	1	1	1	
172	6 m. 1/2		4	2 f. couch., 1 à ter.	6	art. à d. c.		1	1		1
173	6 m. 1/2	1			12	art. à d. c.		1	1	1	
174	5 m.		3	1 à 6 m., 1 à terme	9	prémat.	1	1	1	1	
175	6 m.		2	1 à terme.	7	sp. à d. c.		1	1	1	
176	5 m.		2	1 à terme.	4 j.	prémat.		1	1		1
177	6 m. 1/2		2	1 à terme.	4 ^h 45	prémat.			1		1
178	3 m.	1			7			1			
179	5 m.		7	6 à terme.			1	1	1		
Gémell.	6 m.	1									
180	6 m. 1/2		2	1 f. couch., 2 m.	15	art. à d. c.	1	1	1		1
181	6 m. 1/2				11			1	1		1
182											
Gémell.	5 m. 1/2		2	1 à terme.	4	prémat.	1	1	1		1
183	4 m.		5	1 à 7 m., 3 à terme	10	sp. à d. c.		1	1		
184	4 m.		5	4 à terme.			1		1		
185	4 m.	1				sp. à d. c.		1	1	1	
186	4 m.					sp. à d. c.		1	1		
187	3 m.		6	2 à ter., 3 f. couch.				1	1		
188	4 m.		2	1 à terme.	30			1			
189	5 m. 1/2	1			20	art. à d. c.	1	1	1		1
190	4 m. 1/2		6	5 à terme.	10		1	1	1		
191	5 m.		2	1 à terme.			1	1	1		
192	5 m. 1/2	1			6	sp. à d. c.		1	1	1	
Gémell.	6 m.		2	1 à 7 mois.	14	art. à d. c.			1		1
193	5 m. 1/2	1			18	art. à d. c.		1	1		1
194	4 m. 1/2		5	3 à t., 1 à 7 m. 1/2.	10	sp. à d. c.		1	1	1	
195	6 m.		2	1 à terme.	3	prémat.		1	1		
Gémell.	6 m.		3	2 à terme.							
197	6 m.				20	sp. à d. c.	1	1	1	1	1
198	5 m. 1/2		2	1 à terme.	5 1/2	prémat.	1	1	1		
199	5 m.		2	1 à 5 mois 1/2.	9	sp. à d. c.		1	1	1	
200	5 m.		2	1 à 2 mois.	12				1	1	
201	4 m. 1/2		2	1 à terme.	7		1	1	1		1
202	4 m. 1/2	1			15	art. à d. c.		1	1		1

Etat de l'enfant			POIDS de l'enfant	Dé- livrance		Rétention	Suites de couches		Mortalité	CAUSES de l'avortement	OBSERVATIONS
Vivant	Mort et macéré	Mort pendant le travail		Naturelle	Artificielle		Normales	Pathologiques			
5'			1350 g ^r	45'			1			Insertion vicieuse	
		1	1160	30'	1	2 j.	1	1	1	Albuminurie 8/22	Avort. fait en ville Morte avec anurie Inject. int.-utérine
	1						1			Pneumonie	Avort. fait en ville
1 j.			1220				1				
	1		1700				1			Syph. Hydramnios	
	1		1320	10'	3 ^h		1			Syph. Hydramnios	Dél. artif. p. hém.
5 ^h			800				1			Syphilis	
2 ^h			600				1			Insert. vic. 0/20	
		1	1380			4 j.	1		1		Inf. pur. (8 ^e j.). Ir. cont. Av. f. en ville Phocoméle Œuf clair
	1		600								
			1090	30'			1				
	1		1 ^{er} 300			1 ^{er} 2 j.	1				Infec. Ictère grave
12 ^h			900	0			1		1	Insert. vic. 3/30 Syphilis	
	1		1200				1				
10'			800	15'		4 j.	1	1		Hydrop. 1 ^{er} œuf Insertion vic. 2/15	Ponc. de l'œuf hyd. Irrigation continue
2 ^h			500				1			Insertion vic. 4/25	
1							1				
2 ^h		1	710				1			Insertion vic. 1/15	Paternité différ.
15'							1			Insertion vic. 6/13	
15'			1 ^{er} 700	1 ^h		5 j.	1				Ir. in.-ut. A. f. en v.
15'			2 ^e 720				1				
2 ^h			1350	15'			1			Syphilis paternelle	
			350	15'			1			Insertion vic. 8/20	
15'			400				1				
	1		1 ^{er} 950							Albuminurie	
3 ^h			2 ^e 1240	10'			1			Hydramn. 1 ^{er} œuf	
30'			1400	30'				1		Insertion vic. 3/20	Tuberculose pulm.
5'			790	30'				1		Insertion vic. 1/10	
			1560	20'				1		Hydramnios	
	1		450	1 ^h			1				Ir. cont. Av. f. env.
	1		440	0			1			Insertion vic. 2/15	
	1		500				1			Eclampsie	

Numéro d'ordre	Terme	Parité		ACCOUCHEMENTS antérieurs	Durée du travail	Rupture des membranes	Hémorrhagie avant l'avortement	Avorte- ments		Présenta- tion	
		I pète	M pare					1 temps	2 temps	Sommet	Siège
203	6 m.		3	2 à terme.	5 ^h	sp. à d. c.			1		1
204	5 m. 1/2		2	1 à terme.	13	prémat.	1	1	1		1
205	3 m. 1/2		2	1 à six mois.	12	sp. à d. c.		1	1		1
206	6 m.		5	4 à terme.	3	prémat.		1	1		1
207	6 m. 1/2		2	1 à 7 mois.	6 1/2	sp. à d. c.		1	1		1
208	6 m.	1			10	sp. à d. c.		1	1	1	
209	4 m.		3	2 à terme.	7	sp. à d. c.	1		1	1	
210	6 m. 1/2		2	1 à terme.	10	sp. à d. c.		1	1		1
Gémell.											
211	6 m.		5	4 à terme.	10	sp. à d. c.	1		1	1	
212	5 m.	1			3	sp. à d. c.			1		
213	1 m. 1/2		4	3 à terme.	24		1	1			
214	6 m. 1/2	1			12			1			
215	2 m.		2	1 à terme.	7			1			
216	3 m.		2	1 à terme.	12		1	1			
217	4 m.	1			48				1	1	
218	3 m.		4	3 à terme.	11			1	1		
219	5 m. 1/2		3	2 à terme.	12	sp. à d. c.	1		1		1
220	5 m.		5	4 accouc. prémat.	8	sp. à d. c.		1	1		
221	6 m.	1			5		1	1	1	1	
222	4 m. 1/2		6	5 à terme.	16		1	1	1		
223	6 m.	1			6	sp. à d. c.			1		1
224	3 m.	1			3 j.	sp. à d. c.			1		
225	4 m.	1			4 ^h	prémat.		1	1		1
226	3 m.		2	1 à terme.			1	1			
227	5 m. 1/2		6	4 à terme 1 à 5 m.	4	sp. à d. c.			1	1	
Gémell.											
228	4 m. 1/2	1			27	art. à d. c.	1		1		1
229	6 m. 1/2	1			15	prémat.			1		
230	6 m. 1/2	1			9	prémat.	1		1	1	
231	6 m. 1/2		2	1 à terme.	3	art. à d. c.	1		1		1
232	6 m.		3	2 à terme.	17	sp. à d. c.			1	1	
233	3 m.		7	6 à terme.	2	prémat.	1		1		
234	4 m.		2	1 à terme.	12	sp. à d. c.	1		1		1
235	3 m. 1/2		3	2 à terme.	9	sp. à d. c.			1	1	
236	6 m.	1			10		1		1	1	
237	6 m. 1/2	1			12	art. à d. c.			1		1
238	6 m.		2	1 à 5 mois.	6	art. à d. c.			1		1
239	6 m.		2	1 à 3 mois.	13	sp. à d. c.			1	1	
240	4 m. 1/2		2	1 à 4 mois.	7	sp. à d. c.			1		
241	4 m.	1			6	prémat.			1		1
242	3 m. 1/2	1			7				1		

Ann

t de l'enfant		POIDS de l'enfant	Dé- livrance		Rétention	Suites de couches		Mortalité	CAUSES de l'avortement	OBSERVATIONS
Mort et macéré	Mort pendant le travail		Naturelle	Artificielle		Normales	Pathologiques			
1		1201 gr 685	0 1 ^h			1		1	Syphilis Insertion vic. 4/20	
1			45'			1			Insertion vic. 3/20	
1		1000	15'			1				
1		1420	1 15'			1			Albuminurie	
1		1500	20'		20 h.	1				
1		250	20 ^h			1				
		1 ^{er} 900				1				
		2 ^e 830								
1		1620 gr	0 1 40'			1		1	Insertion vic. 6/20 Syphilis	Avort. fait en ville
		1470	15'			1		1	Albuminurie	
						1				
		180	3 ^h		36 h. Memb.	1			Insertion vicieuse	Avort. fait en ville
	1	1040	10'			1				
		435	0			1				
1			2 ^h			1				
1		530	20'			1			Eclampsie	
1			0			1				
1			2 ^h			1				
1			0			1			Hydramnios	
		1 ^{er} 830								
		2 ^e 360	30'					1		Morte au 16 ^e jour de té- tanos puerpéral
		320	2 ^h			1			Insertion vic. 2/15	In. in.-ut. A. f. en v.
1		560	1				1			
1		980	20'			1			Insertion vic. 0/25	
1		540	0			1			Insertion vicieuse	
1		1000	15'		2 jours	1	1		Syph. Albumin.	Inj. intra-utérine
	1		2 j.							
1		220	10'			1				
1		120	0			1				
1		1600	20'			1				
		1055	30'			1			Albuminurie	
		1050	40'			1				
1		1150	30'			1				
1		330	10'			1			Insertion vic. 1/20	
		260	10'		1 jour	1			Insertion vic. 7/15	
		150	1 j.			1				

Numéro d'ordre	Terme	Parité		ACCOUCHEMENTS antérieurs	Durée du travail	Rupture des membranes	Hémorrhagie avant l'avortement	Avorte- ments		Présenta- tion	
		I pare	M pare					1 temps	2 temps	Sommet	Siège
243	5 m. 1/2	1			10 ^h	sp. à d. c.			1	1	
244	6 m. 1/2	1			8 1/2	prémat.	1		1		1
245	5 m.	1			4			1			
246	3 m.	1			32			1			
247	6 m. 1/2	1			5	prémat.			1		1
248	6 m.	1			13		1			1	
249	6 m.		3	2 f. couches.	5		1		1	1	
250	6 m. 1/2	1			27	sp. à d. c.			1	1	
251	5 m. 1/2		4	3 à terme.	4	prémat.			1		1
252	5 m.		3	2 à terme.	22	prémat.			1		1
253	3 m.		2	1 à 6 mois.	19	prémat.			1		
254	3 m.	1			6		1		1		
255	6 m. 1/2	1			3 j.				1	1	
256	6 m. 1/2		2	1 à terme.					1	1	
257	5 m.		2	1 à terme.	9	prémat.	1		1	1	
258	4 m.		4	3 à terme.					1		
259	6 m.	1			4	sp. à d. c.			1		1
260	4 m.		2	1 à terme.	6	prémat.			1		1
261	3 m.								1		
262	2 m.	1			14		1	1			
263	5 m.		4	1 à 6 m. 2 à term.	10		1	1			
264	6 m.	1			8	prémat.			1		1
265	6 m. 1/2	1			6	sp. à d. c.			1		1
266	3 m.	1	2	1 à terme.	11	prémat.			1		1
267	5 m.				26	prémat.				1	
268	6 m. 1/2	1			2				1		
269	5 m. 1/2		2	1 à terme.	2	prémat.			1	1	1
Gémell.	5 m.	1				prémat.			1	1	
270	5 m.		6	5 à terme.	4				1		
271	3 m. 1/2		3	2 à terme.	8	prémat.			1		1
272	6 m. 1/2		6	5 à terme.	7	prémat.			1		1
273	4 m. 1/2		3	2 à terme.	11	prémat.	1		1		1
274	4 m. 1/2		4	2 à term. 1 à 4 m.			1		1		1
275	3 m.		5	4 à terme.	5	sp. à d. c.	1		1		1
276	5 m. 1/2										
277	5 m.		2	1 à 4 mois.	5	sp. à d. c.			1	1	
278	5 m.	1	5	3 à term. 1 à 3 m.	2	sp. à d. c.			1	1	
279	6 m.				10	art. à d. c.			1	1	
280	5 m. 1/2		2	1 à terme.	6 j.	prémat.			1		1
281	3 m. 1/2		3	2 fausses couches.	2 1/2	prémat.			1		
282	6 m. 1/2		2	1 à 6 mois.	2	sp. à d. c.			1		
283	2 m. 1/2		3	1 à t. 1 provoqué.				1			1

An

Mort et mère	Mort pendant le travail	POIDS		Dé-livrance	Rétention	Suites de couches		Mortalité	CAUSES de l'avortement	OBSERVATIONS
		de l'enfant		Naturelle Artificielle		Normales Pathologiques				
1		800gr 0 1100 15'				1 1 1 1	1		Eclampsie Syphilis	Inj. intra-utérine
1		630 43'				1	1			Irrig. continue Paternité différ.
1		580 4h				1				
		850 35'				1				
		1000 35'				1				
		620 20'				1				
		600 1h				1	1			Inj. intra-utérine
		120 1h				1	1			
		0				1			Dégén. hyd. du pl ^{ta} Syphilis	
		800 5'			Memb.	1				Inj. intra-utérine
		1200 15'				1	1		Insertion vic. 4/30	Inj. intra-utérine
		470 10'				1				
		19h			19 h.	1			Syphilis	Avort. fait en ville
		500 10'				1			Insertion vic. 0/30	
		380 0				1				
		1 30				1				
		820				1				
		900 40'				1			Insertion vic. 1/15	
		1550 15'				1				
		50 2h				1				
		630 3h			Memb.	1				Avort. fait en ville
		1200 1				1				
	1 ^{er}	650 30'				1			Hydramnios	
	2 ^e	520 0				1				
		100 0				1				
		80 24h			24 h.	1				
		850 1h				1				
		11h			Memb.		1			Inj. intra-utérine
		575 630			Memb.	1				Inj. intra-utérine
		37h			37 h.	1				
		20 2				1			Albuminurie	
		520gr 1 30			Memb.	1	1	1		Morte le 18 ^e j. Péril.
		700 15'				1			Insertion vic. 1/23	
		1300 10h			10 h.	1			Insertion vic. 3/26	
		300 33h			33 h.	1	1			Av. fait en ville. Cure- tage (doigts et pinces)
		1000 1h			43 j. Memb.	1	1			Sort. non délivrée
						1				OEuf clair

Numéro d'ordre	Terme	Parité		ACCOCHEMENTS antérieurs	Durée du travail	Rupture des membranes	Hémorrhagie avant l'avortement	Avorte- ments		Présenta- tion	
		I pare	M pare					1 ^{er} temps	2 nd temps	Sommet	Siège
284	3 m. 1/2		5	3 à ter. 1 à 3 mois.	3 ^h		1	1			
285	5 m. 1/2		3	2 à 5 mois.	4	prémat.	1	1			1
286	5 m. 1/2		4	2 à t. 1 à 3 m. 1/2	6	sp. à d. c.	1	1		1	
287	2 m.		5	4 à terme.			1	1			
288	5 m.		5	4 à terme.		sp. à d. c.		1		1	
289	5 m.		2	1 à 7 mois.	5	sp. à d. c.	1	1			1
290	6 m. 1/2		7	6 fausses couches.	5		1	1			
291	6 m.		2	1 à terme.	11	art. à d. c.		1		1	
292	3 m.		4	3 à terme.		sp. à d. c.		1			
293	4 m.		2	1 à terme.	9	prémat.		1		1	
294	3 m. 1/2	1			4 30	prémat.	1				
295	4 m.		6	5 à terme.	3	prémat.	1	1			1
296	5 m.	1			6		1	1			1
297	4 m.		2	1 à terme.	2		1				
298	4 m. 1/2		4	2 f. c., 1 à term.	2	prémat.		1			
299	5 m. 1/2		2	1 à terme.	5 30	prémat.		1		1	
300	5 m.		2	1 à terme.		prémat.	1	1		1	
301	3 m.		4	1 à 6 m. 2 à term.			1	1			
302	5 m. 1/2	1			3	prémat.	1	1		1	
303	4 m. 1/2		2	1 à term.	7	sp. à d. c.		1		1	
304	4 m. 1/2		3	2 à terme.	6	sp. à d. c.		1		1	
Gémell.											
305	5 m. 1/2	1			3 1/2	prémat.		1			
306	4 m.		3	2 à terme.	30 m.	prémat.	1	1			
307	4 m.		4	3 à terme.	17	sp. à d. c.		1		1	
308	6 m. 1/2		2	1 à 6 mois 1/2.	10	prémat.		1		1	
309	6 sem.	1			24			1			
310	4 m. 1/2		5	4 à terme.							
311	6 m.	1			7 1/2	sp. à d. c.		1			1
312	6 m.		6	3 à t. 2 f. couches.	21 1/2	sp. à d. c.		1			
313	6 m.		2	1 à terme.	7	art. à d. c.	1	1		1	
314	5 m.		3	1 pr. à 8 m. 1 à 6 m.	4	prémat.		1			
315	4 m.		2	1 à terme.	13		1	1			1
316	5 m.										
317	6 m. 1/2	1			9	sp. à d. c.		1		1	
318	5 m. 1/2		3	2 à 6 mois.	5	sp. à d. c.		1		1	
319	5 m. 1/2	1			12 1/2		1	1			
320	3 m.						1	1			
321	3 m.		2	1 à 2 mois.	3			1			
322	6 m.	1			19	sp. à d. c.		1		1	
323	6 m. 1/2		2	1 à 6 mois 1/2.	7	sp. à d. c.		1		1	
324	2 m.						1	1			
325	4 m.		4	1 à 4 m. 1 à term.	7	sp. à d. c.	1	1			
326	4 m. 1/2		7	4 f. c. 2 à term.		prémat.		1		1	
327	3 m. 1/2		5	1 à 3 m. 3 à term.		prémat.		1		1	
328	6 m. 1/2		2	1 à terme.	6		1	1			1

Mortet matéré	Mort pendant le travail	POIDS de l'enfant	Dé-livrance		Rétention	Suites de couches		Mortalité	CAUSES de l'avortement	OBSERVATIONS
			Naturelle	Artificielle		Normales	Pathologiques			
1		90 gr	0			1				
		820	10'			1				
		1050	10'			1				
			2 j.		2 j.	1				
		1000	4 h				1	1	Eclampsie	Morte le 4 ^e jour
		580	20'			1				
1		1150	1 h			1				
						1				
		370	1 h	11 j.	11 j.	1				Sort. non délivrée
						1				
1		400		36 h	36 h		1			In. in.-u. A. f. en v.
1			0							Irrigation cont.
		220	1		34 h	1				Avor. fait en ville
		600	0			1				Inj. intra-utérine
		750	0				1			Inj. intra-utérine
					48 h		1			lr. cont. A. f. en v.
		480	3 h			1			Insertion vic. 3/19	
		250	2 30						Insertion vic. 5/18	
		420	30'			1				
		380								
		450	45'			1				
1		200	3 h			1				
		200	1		13 h			1		Inj. intra-utérine
			30'					1		
								1		
		200	0			1				Inj. intra-utérine
		1700	30'				1			Avort. f. en ville
1			0			1				Inj. intra-utérine
1		920	7 h			1				
1	1	750	0			1				
			3 h			1				
1		320	2 h				1	1	Eclampsie	Morte le 3 ^e j. s. av. rep.
1		980	45'			1				con. A. f. en part. en v.
1		650	0			1			Albuminurie	
		400					1			
1			10'			1				
1		80	1		6 h		1			Inj. intra-utérine
		1050	10'			1				
1		890	0			1				Inj. intra-utérine
						1				
1		250	1 h			1			Insertion vicieuse	
1		320	1		16 h 30		1	1		
					6 j.					
		1110	20'			1			Insertion vicieuse	

Numéro d'ordre	Terme	Parité		ACCOUCHEMENTS antérieurs	Durée du travail	Rupture des membranes	Hémorrhagie avant l'avortement	Avorte- ments		Présentati	
		I pare	M pare					1 temps	2 temps	Sommet	Siège
329	5 m.	1			3 ^h	prémat.	1				
330	3 m. 1/2		4	1 à 3 m. 1/2., 2 à t.	18			1			
331	6 m.		6	3 f. c., 2 à term.	14	art. prém.	1		1	1	
332	6 m. 1/2		2	1 à 5 mois 1/2.	9	sp. à d. c.			1	1	
333	6 m.	1			5	sp. à d. c.			1		
334	4 m.		8	5 à t., 2 g. à 3 et 8 m		sp. à d. c.			1		
335	4 m.	1			7	sp. à d. c.			1		
336	6 m. 1/2		2	1 à 8 mois.	5	prémat.	1		1	1	
337	4 m.		4	3 à terme.	23	sp. à d. c.			1		1
338	4 m.		2	1 à 6 mois.	46				1		
339	3 m.		2	1 à terme.	13				1		
340	6 m. 1/2		4	3 à terme.	5	art. à d. c.	1		1		1
341	6 m. 1/2		5	4 à terme.	8	sp. à d. c.			1		
342	3 m.	1			29	sp. à d. c.			1		1
343	5 m. 1/2	1			38	sp. à d. c.			1		1
344	5 m.		2	1 à terme.	9			1			
345	5 m.		6	5 à terme.	14	prémat.	1		1		1
346	5 m.		14	13 à terme.	5	sp. à d. c.			1		1
347	4 m.		2	1 à terme.	24			1			1
348	2 m.		2	1 à terme.	3			1			
349	6 m.		2	1 à 6 mois.	9	sp. à d. c.			1	1	
350	4 m. 1/2		2	1 à terme.	12				1		1
351	6 m. 1/2	1			8 1/2	prémat.	1		1		
352	5 m.		7	6 à terme.	4	sp. à d. c.			1		1
353	2 m.		4	2 à 6 m., 1 à ter.	18		1	1			
354	6 m.		3	2 à terme.	12	sp. à d. c.			1		1
355	5 m.		5	1 à 7 m., 3 à term.	2		1		1		
356	2 m.		3	2 à terme.							
357	2 m. 1/2		2	1 à terme.				1		1	
358	5 m. 1/2	1			27 1/2	sp. à d. c.			1		
359	3 m. 1/2		2	1 à terme.			1	1			
360	3 m. 1/2		2	1 à terme.							
361	2 m. 1/2	1			24	prémat.		1			
362	6 m.	1			6	sp. à d. c.			1	1	
363	6 m. 1/2		2	1 à terme.	6	prémat.			1	1	
364	6 m. 1/2		8	3 f. c., 4 à term.	6	sp. à d. c.			1		1
365	5 m. 1/2	1			11	spont.			1		1
366	6 m. 1/2	1			6	art. à d. c.			1	1	
367	6 m.		3	2 fausses couches.	6	prémat.	1	1			1
368	6 m.		2	1 fausse couche.	11 1/2	sp. à d. c.			1	1	
369	6 m. 1/2	1	7	4 f. c., 2 à term.	7	sp. à d. c.			1	1	
370	3 m.		2	1 à terme.		prémat.			1		
371	5 m.		2	1 à 7 mois.	13	art. à d. c.			1	1	

Ann

Mort et macéré	Mort pendant le travail	POIDS de l'enfant	Dé-livrance		Rétention	Suites de couches		Mortalité	CAUSES de l'avortement	OBSERVATIONS
			Naturelle	Artificielle		Normale	Pathologique			
		550gr 0				1				
1		1000	10'			1	1		Insertion vicieuse	
1		1500	30'			1				
1		820	30'			1				
1		50	9 30			1				
1		1430	2 30			1				
		200	15'			1			Insertion vic. 4/30	
		210	4h			1				
		80	1		5 j.	1			Chute	
		1700	1		24 h.	1				
1		1320	45'			1				
		50	10'			1				
1		320	1		17 h.	1				
1		700	40'			1				
	1	800	1h			1			Fièvre typhoïde	
		520	2h5			1			Chute	
1		70				1				
1		770	15'			1				
1		850	0			1				
1		400	1		2 j.	1		1		fr. cont. Mt. le 4 ^e j. pér.
		1620	1h			1				
			1		2 1/2 h.	1				
			1		3 j.	1				
		900	1			1			Insertion vic. 2/29	
1		50	2 30			1				
1			0			1				
1		1350				1			Syphilis	
		1420	30			1			Insertion vic. 0/22	
1		1430		2 15			1			Inj. intra-utérine
		380	30'				1			Inj. intra-utérine
	1	1400				1			Hydramn. Variole	
		800	1h			1				
		970	0			1				
9										
		1600gr	1h						Insertion vicieuse	
1		200	1h		14 j.	1				
		700	6							

Numéro d'ordre	Terme	Parité		ACCOUCHEMENTS antérieurs	Durée du travail	Rupture des membranes	Hémorrhagie avant l'avortement	Avorte- ments		Présen	
		I pare	M pare					1 temps	2 temps	Sommet	Siège
372	5 m. 1/2		2	1 à 7 mois.	21 ^h	prémat.	1	1			
373	6 m. 1/2	1			13	sp. à d. c.		1			
Gémell.											
374	5 m. 1/2	1			6 1/2	sp. à d. c.	1	1			
375	6 m.		2	1 à 8 mois.	12	art. à d. c.		1			
376	6 m. 1/2	1			15	art. à d. c.		1	1		
377	6 m.		2	1 à terme.	4	art. à d. c.		1			
378	5 m.		2	1 à 8 mois.	12	prémat.	1	1	1		
379	6 m. 1/2		4	2 à 7 m., 1 à ter.	14	sp. à d. c.		1	1		
380	5 m.		2	1 à terme.	5			1			
381	6 m.	1			28	sp. à d. c.			1	1	
382	4 m. 1/2		6	5 à terme.	14	sp. à d. c.	1	1			
383	5 m.		2	1 à terme.	12	prémat.	1	1	1		
384	6 m.	1			28	sp. à d. c.		1			
385	6 m.	1			10	prémat.		1	1	1	
386	4 m.		3	2 fausses couches.	13			1	1		
387	6 m.		3	2 fausses couches.	48			1			
388	5 m.		6	1 à 3 m., 4 à ter.	19	sp. à d. c.	1	1			
389	5 m.		2	1 à 6 mois 1/2.	14	sp. à d. c.		1			
390	6 m. 1/2		4	1 à 6 m., 2 à ter.	10	art. à d. c.		1	1		
391	4 m.	1			12		1	1		1	
392	2 m.		2	1 à terme.	16			1			
393	3 m.		5	1 à 4 m., 3 à ter.	34		1		1	1	
394	5 m.	1						1		1	
395	3 m.		2	1 à 7 mois.	17	prémat.		1			
396	4 m. 1/2		5	4 à terme.	9	prémat.		1	1		
397	6 m.	1			18	prémat.		1			
398	4 m. 1/2		3	2 à 6 mois.	8			1			
399	5 m.	1			31		1	1			
400	3 m. 1/2		4	3 à terme.	26	prémat.		1			
401	5 m.	1			47	sp. à d. c.		1			
402	3 m.		2	1 à terme.	29	sp. à d. c.		1			
403	4 m. 1/2		3	2 à terme.	9	sp. à d. c.		1	1		
404	3 m.		3	2 fausses couches.			1	1			
405	5 m.	1			8 1/2	art. à d. c.		1			
406	6 m. 1/2	1									
407	4 m.	1			25	sp. à d. c.		1	1		
408	5 m. 1/2		3	1 à 7 m., 1 à term.	7 1/2	sp. à d. c.		1	1		
409	6 m.	1			2	sp. à d. c.		1	1		
410	6 m. 1/2		6	4 fausses couches.	8	art. à d. c.		1	1		
411	6 m. 1/2		2	1 à terme.	2			1	1		
412	6 m. 1/2		4	2 f. c., 1 à terme.	7 1/2	sp. à d. c.		1	1		
413	6 m. 1/2	1			12	prémat.		1	1		

de l'enfant		POIDS de l'enfant	Dé- livrance		Rétention	Suites de couches		Mortalité	CAUSES de l'avortement	OBSERVATIONS
Mortet macéré	Mort pendant le travail		Naturelle	Artificielle		Normales	Pathologiques			
		750g ⁵	1 20			1			Insertion vicieuse	
		910	1 20			1				
		1000								
1		300	0			1				
1		1450	0			1			Hydramnios	
1		1780	40'			1			Syphilis	
1			30'			1			Syphilis	
		580	0			1				
1		450	20'			1				
1			0			1				
		690	1 30			1			Albuminurie	
1		630				1				
		570	14 ^h		14 h.					
1		930	1 15			1				
1		910	1 30			1				
		350	40'			1			Insertion vicieuse	
1		920	1 15			1				
		900	0			1				
		950	1 ^h			1				
		2160	15'			1			Syphilis	
		250				1				
1		125	20'		20 h.	1		1	Eclampsie	Inj. intra-utérine
		900	35'			1				
1		60	12 ^h		12 h.			1		
		345	3 ^h			1				
1		1350	1 ^h			1			Insertion vicieuse	
1		200	4 ^h			1				
1		305	0			1			Chute	
1		145	1		7 j.	1				
		430	8 ^h		8 h.	1				
			16 ^h		16 h.	1				
		500	50'			1				
						1				
1		590	30'			1			Syphilis	
				1 Placen.		1		1	Uterus cloisonné	Morte le 6 ^e j. A. f. en v.
		580	1 30			1				
1		500	3 ^h			1				
		1050	1 ^h			1				
1		540	45'			1			Albuminurie	
		1350	4 ^h			1				
1		850	45'			1			Syphilis	
		1350	45'			1				

Numéro d'ordre	Terme	Parité		ACCOUCHEMENTS antérieurs	Durée du travail	Rupture des membranes	Hémorragie avant l'avortement	Avorte- ments		Présenta- tion	
		I pare	M pare					1 ^{er} temps	2 ^e temps	Sommet	Siège
414	6 m. 1/2		2	1 à 7 mois.	16 ^b	sp. à d. c.			1	1	
415	6 m. 1/2		2	1 à terme.	11	art. à d. c.	1		1	1	
416	4 m. 1/2		3	1 à 1 m. 1/2., 1 à t.	2	prémat.			1		
417	6 m.		2	1 à terme.	24	sp. à d. c.			1		
418				4 à t., dont 1 gém.							
Gémell.	2 m. 1/2		6	1 à 2 m., gémell.	4 40	sp. à d. c.	1		1		
419	6 m. 1/2		4	2 à t., 1 à 6 mois.					1		
420	6 m.		4	3 à terme.	6 35	prémat.	1		1	1	
421	4 m.		3	2 à terme.					1		1
422	5 m. 1/2	1			7 45	art. à d. c.	1		1		1
423	6 m.	1			9 30		1		1		
424	5 m. 1/2	1							1		
425										1	
Gémell.	6 m. 1/2		2	1 à terme, gémell.	24	art. à d. c.			1		1
426	3 m. 1/2		3	1 à 8 m., 1 à 3 m.			1		1		
427	5 m.	1					1		1		
428	3 m.		3	2 à terme.	5 30		1				1
429	6 m.		7	2 à t., 4 f. couches.	29	sp. à d. c.			1		1
430	4 m. 1/2		13	12 à terme.			1		1		
431	5 m.	1							1	1	
432	6 m.		2	1 à 4 mois.	3 30	prémat.			1		
433	3 m. 1/2		2	1 à terme.			1	1			
434	5 m.		2	1 à terme.	8 40	sp. à d. c.	1		1		1
435	4 m.	1			9 30	sp. à d. c.			1		
436	3 m.	1					1	1	1		
437	6 m.		4	1 à 6 m., 1 à 4 m. 1/2, 1 à 8 mois.	16 30	art. à d. c. prémat.		1	1	1	
438	5 m. 1/2	1							1		
439	5 m. 1/2		2	1 à terme.	4	spontanée. prémat.	1		1	1	
440	6 m. 1/2	1							1	1	
441	4 m. 1/2	1			10 20	sp. à d. c.	1		1		
442	4 m.		4	2 à t., 1 à 6 mois.			1		1		
443	6 m.	1			12 25	prémat.			1		1
444	5 m. 1/2		9	8 à terme.	23 30	art. à d. c.	1		1	1	
445	5 m. 1/2		7	6 à terme.		art. av. t.	1		1		
446	4 m. 1/2		2	1 à terme.			1		1	1	
447	6 m. 1/2	1			19 30	prémat.			1		1
448	5 m.		2	1 à 3 mois.	22	prémat.			1		
449	6 m. 1/2	1			7 15	prémat.	1		1	1	
450	2 m. 1/2		3	1 à t., 1 à 2 mois.					1		
451	4 m. 1/2		5	4 à terme.			1	1			

Anné

Mort et macéré	Mort pendant le travail	POIDS		Dé-livrance	Rétention	Suites de couches		Mortalité	CAUSES de l'avortement	OBSERVATIONS
		de l'enfant	de l'enfant	Naturelle	Artificielle	Normales	Pathologiques			
1		2000 gr	35'				1			
		1410	1 ^h			1				
		720	5'			1				
1		810	30'			1				
1		1 ^{er} 18								
1		2 ^e 20	1 ^h			1				
1			4 ^h			1			Syphilis	
		1480	25'			1				
1		390	10'			1			Syphilis	
1		1000	0			1				
		1415	1 ^h			1			Albuminurie	
1		630	7			1				
					1			1		
		120			Memb.	1				Ir. cont. Mt. le 8 ^e j. Inf.
1		280	35'			1				Sortie non déliv.
1		95	3 ^h				1			
		1100	50'			1			Albuminurie	
			0				1			
1			0			1			Bifidité de l'utérus	
1		610	20'			1				
		75				1				OEuf entier
		860	1 ^h			1				Inj. intra-utérine
			2 ^h				1			OEuf entier
		1220	30'			1				
1		320				1	1		Syphilis	OEuf entier
		1680	0			1				
1		1680	10'			1				
1		370	0			1				
1		230	1 ^h			1				
1		840	1 ^h				1	1	Syphilis	Mt. le 16 ^e j. Septic.
		820	0			1				Appli. du ballon Cham-
1		530	0				1			petier, Irrig. cont.
						1				OEuf entier
		1900	1 ^h			1				
1		1030 gr	30'				1		Syphilis probable	
1		1650	1 ^h			1				
		1030			15 j.		1		Chute	In. in.-u. A. f. en v.
							1			OEuf entier

Numéro d'ordre	Terme	Parité		ACCOCHEMENTS antérieurs	Durée de travail	Rupture des membranes	Hémorrhagie avant l'avortement	Avorte- ments		Présenta- tion	
		I paré	M paré					1 temps	2 temps	Sommet	Siège
452	6 m.		7	6 à terme.	16 ^b	sp. à d. c.			1	1	
Gémell.							1			1	
453	2 m. 1/2		2	1 à terme.							
454	2 m. 1/2		7	3 à ter., 3 avorte.							
455	5 m. 1/2	1			7	prémat.	1	1			1
456	6 m.		4	2 à ter., 1 à 8 m.	3 40	sp. à d. c.	1	1	1		
457	5 m.		2	1 à 5 mois 1/2.	24		1	1			
458	5 m.	1			3 15	sp. à d. c.	1	1	1		
459	6 m.		3	2 à terme.		art. à d. c.	1	1			1
460	3 m. 1/2		5	3 à ter., 1 à 7 m.			1	1			1
461	2 m. 1/6		2	1 à terme.			1	1			
462			3	2 à terme.			1	1			
463	5 m.	1						1			
464	3 m. 1/2		2	1 à terme.				1			
465	3 m. 1/2		5	2 à t., 2 à 2 m. 1/2			1	1			
466	1 m. 1/2		4	3 à terme.			1	1			
467	5 m.	1					1	1			
468	6 m.		2	1 à terme.	64 30	art. à d. c.		1	1	1	
469	6 m. 1/2	1			4	art. à d. c.		1	1	1	
470	6 m. 1/2		2	1 à 7 mois.	26	prémat.	1	1	1		
471	1 m.		6	4 à t., 1 f. couche				1			
472	4 m.	1			72			1			1
473	2 m. 1/2		4	3 à terme.				1			
474	3 m.		6	3 à terme.	24			1			
475	6 m.		4	1 à 3 m., 2 à 2 m.	12	prémat.		1		1	
476	4 m.		8	6 à t., 1 f. couche.				1			
477	4 m.		2	1 à terme.	30	prémat.		1		1	
478	4 m. 1/2		4	1 à 8 m., 2 à ter.	24		1				
479	5 m. 1/2	1			16	art. à d. c.		1			
480	6 m. 1/2	1			22	sp. à d. c.		1			
481	6 m. 1/2		6	2 f. c., 3 à ter.		art. à d. c.		1			
482	6 m. 1/2		5	1 à 6 m., 2 à 5 m., 3 à 8 m.	5 35	prémat.		1	1	1	
483	5 m.	1			8 10	prémat.		1		1	
484	3 m. 1/2	1						1			
485	4 m.	1			50 25	prémat.		1			1
486	2 m.		4	2 à t., 1 à 2 m. 1/2				1			
487	6 m. 1/2	1			24	sp. à d. c.		1	1		
488	6 m.	1				prémat.					
489	6 m.	1			13	sp. à d. c.		1	1		
Gémell.						art. à d. c.		1			1
490	4 m.		4	1 à t., 1 à 2 m., 1 à 8	7 53						
491	6 m. 1/2		3	2 accouch. prém.		art. à d. c.		1	1	1	
492	5 m.		3	2 à terme.	3 30			1			
493	4 m. 1/2		7	5 à t., 1 à 3 mois.	7 10			1			1
494	2 m. 1/2		9	7 à t., 1 à 5 mois.			1	1			

Ann

de l'enfant		POIDS de l'enfant	Dé- livrance		Rétention	Suites de couches		Mortalité	CAUSES de l'avortement	OBSERVATIONS
Mort et macéré	Mort pendant le travail		Naturelle	Artificielle		Normales	Pathologiques			
		1 ^{er} 1350gr 2 ^e 1040	0			1 1			Introd. d'un hystérom. à la cons. de l'H.-Dieu	Avor. fait en ville Avor. fait en ville
		850 1530	0 25'	1	25 j. Memb.	1	1		Insertion vicieuse Tubercu. pulmon.	
1		350	1 30		Memb.	1			Syphilis ?	
1		820	20'		Memb.	1			Insertion vicieuse	
1			3h			1			Insertion vicieuse	
		375	1			1				OEuf entier
			1			1				Avor. fait en ville
			1				1			OEuf entier
		1060				1				
		130	45'			1				
		220	20'			1				
		10	4h			1				
1			1			1			Syphilis	Avor. fait en ville
		1600	10'			1			Insertion vicieuse	
		1830	40'			1				
		1310	3h			1			Insertion vicieuse	
1		160			Memb.	1				Avor. fait en ville
				1	3 j. Memb.	1	1	1	Fibrôme utérin	Av. f. en ville. Placenta putréfié. Péritonite
		200	4h			1				
		650	3'			1				
1				1	24 h.	1			Insertion vic. 22/2	
1		320	1h			1			Hémorrh. placen.	
		600				1			Insertion vic. 12/3	
		780	45'			1				
1		1370	40'			1			Syphilis?	
1		780	30'			1			Syphilis?	
		1150	25'			1			Insertion vicieuse	
		785	25'			1			Insertion vic. 15/4	
1		330	7 30			1			Insertion vicieuse	
1		265	35'			1			Insertion vic. 9/3	
			1		24 h.	1				
		1560	5			1			Albuminurie	
1		540	1		Memb.		1		Albuminurie	A. f. en v. In. in-u.
		1 ^{er} 103								
		2 ^e 1130	30'			1				
		260	30'			1			Affect. cardiaque	
392										
1		680gr	40'		Memb.	1	1		Albuminurie	
		440	1							Irrigation cont.
1		280	20'			1				Inj. intra-utérine
1			34h		34 h.	1				

Numéro d'ordre	Terme	Parité		ACCOCHEMENTS antérieurs	Durée du travail	Rupture des membranes	Hémorragie avant l'avortement	Avorte- ments		Présentat	
		I pare	M pare					1 temps	2 temps	Sonnet	Siège
495	5 m.		2	1 à 4 mois.	24 ^h						
496	6m.1/2		6	4 f. c.. 1 à term.	7	prémat.			1		
497	3m.1/2	1					1	1			
498	5 m.		7	1 à t., 5 prémat.	5 30	art. db. tr.	1	1		1	
499	5m.1/2		7	3 à t., 3 f. couch.	10 50	prémat.		1		1	
500	3m.1/2		2	1 à terme.				1			
501	3m.1/2		3	1 à t., 1 f. couch.	11	sp. à d. c.		1		1	
502	5 m.		2	1 à terme.			1	1		1	
503	6m.1/2		6	2 f. c., 3 prémat.	2	prémat.	1	1		1	
504	5m.1/2		2	1 à 6 mois.	11			1			
505	6 m.	1			19	art. à d. c.			1	1	
506	5 m.		2	1 à 6 mois.	39	sp. à d. c.		1		1	
507	6 m.		4	1 à t., 1 p., 1 à 4 m.	9	sp. à d. c.		1		1	
508	2m.1/2		7	6 acc. prématurés.			1	1			
509	6m.1/2		3	2 acc. prématurés.	11	sp. à d. c.		1		1	
510	5 m.	1			8	prémat.	1	1		1	
511	3m.1/2	1			24		1				
512	6m.1/2		2	1 à terme.			1	1		1	
513	5 m.	1			10 ⁿ	art. à d. c.	1	1			1
514	4m.1/2		5	4 fausses-couches.				1			1
515	6m.1/2		3	2 fausses couches.	4 30			1		1	
516	5m.1/2		3	1 à t., 1 f. couch.	12			1			1
517	6m.1/2	1			10	sp. à d. c.		1		1	
518	4 m.	1			53 45	sp. à d. c.		1			1
519	3 m.	1						1			
520	4m.1/2		6	4 à t., 1 à 3 mois.		prémat.		1		1	
521	2m.1/2		2	1 à terme.				1			
522	5 m.		6	2 à t., 3 f. couch.	9	sp. à d. c.		1		1	
523	4m.1/2		2	1 à terme.	9 20	sp. à d. c.	1	1		1	
524	6m.1/2		2	1 à terme.	5	sp. à d. c.		1		1	
525	6m.1/2	1			12	art. à d. c.		1		1	
526	4m.1/2	1				prémat.		1			
527	4 m.	1			75	prémat.		1			
528	4 m.		2	1 à terme.	45	prémat.	1	1		1	
529	2m.1/2	1						1			
530	3 m.		6	4 à t., 1 f. couch.			1	1			

de l'enfant		POIDS de l'enfant	Dé- livrance		Rétention	Suites de couches		Mortalité	CAUSES de l'avortement	OBSERVATIONS
Mort et macéré	Mort pendant le travail		Naturelle	Artificielle		Normales	Pathologiques			
1		600 g				1				
	1	1100	15'		96 h.	1			Syphilis Hydram.	OEuf entier
1		520	15'	1		1	1		Chute	Ball. Champ. Vers. int.
	1	580	2h				1		Albuminurie	A. f. en v. Ir. con.
			1			1				Inj. in.-u. Utér. lig.
1		160	1		3 j.		1			Avort. f. en ville
		450	20'		Memb.	1			Albuminurie	
		1390	35'			1			Syp. Ins. vic. 4/23	
	1	970	5'			1			Syphilis	Inj. intra-utér.
		820	30'			1			Albuminurie ?	
		340	5'			1			Albuminurie ?	
1		630		1	46 h.		1			Ir. cont. (Pat. dif.)
1		(asectie) 2820	36h		36 h.		1			A. f. en v. Inj. int.-ut.
		730	4h			1				
		425				1				OEuf entier
		1400	1 10		Memb.	1			Albuminurie ?	
1		950	40'			1			Insertion vicieuse	
1		400	2h		Memb.	1			Ins. vic. Syphilis	Inj. intra-utér.
1			4h			1			Syphilis	
1		900	35'			1			Syphilis ?	Inj. intra-utér.
1		820	2h			1			Albuminurie	Inj. intra-utér.
1		230	1 40			1			Insertion vicieuse 4/19	
1		330	66h		66 h.	1	1	1		Av. f. en v. Irrig.
			5h		Memb.	1				Bal. Tarnier et Chr.
			1		3 j.		1			Av. f. en v. Irrig.
		500	20'			1			Ins. v. 0/23. Chute	
		370	35'			1				
1		1900	5'		Memb.	1			Syphilis	
		1460	25'			1				
1		380	1 h		Placen.					Irrigation
		120		1		1				
		220	4h			1				
			1		3 j.		1	1		Avort. f. en ville
			1		3 j.		1			Avort. f. en ville

TABLE

ANNÉES	NOMBRE D'AVORTEMENTS	TERME DE LA GROSSESSE					PARITÉ		Multipares ayant eu des avortements antérieurs.	RUPTURE DES MEMBRANES			HÉMORRHAGIES	1 temps	AV TEM E
		2 mois	3 mois	4 mois	5 mois	6 mois	Primipares	Multipares		Prématurée	Spontanée	Artificielle			
1883	52	1	9	3	10	28	18	32	11	10	15	14	8	3	
1884	58	6	4	4	15	29	23	35	17	11	24	8	12	3	
1885	42	2	5	11	12	17	15	22	9	7	13	6	17	4	
1886	58	2	7	12	14	20	18	39	12	15	15	9	21	4	
1887	66	3	14	11	14	24	31	35	9	20	17	4	23	8	
1888	92	8	13	18	25	27	23	68	32	24	34	6	32	14	
1889	45	1	6	7	13	18	13	28	17	10	16	7	10	4	
1890	34	1	4	7	9	14	12	22	9	7	8	6	19	3	
1891	43	8	5	7	8	14	15	28	16	10	6	6	14	4	
1892	40	4	6	8	11	11	12	28	20	8	9	4	13	1	
10 ans	530	36	73	88	131	202	180	337	152	122	157	70	169	48	

CAPITULATIF

NATURALITÉ		ÉTAT DE L'ENFANT			DÉLIVRANCE		Rétention	SUITES DE COUCHES		Mortalité	CAUSES					Avortements faits en ville	
Siège	Épaulé	Vivant	Mort et macéré	Mort pendant le travail	Naturelle	Artificielle		Normales	Pathologiques		Insertion vicieuse	Syphilis	Albuminurie	Hydramnios	Malformation	Avortements faits en ville	Mortalité des avortements faits en ville
18	1	25	13	»	39	»	1	40	3	1	1	4	»	2	1	»	»
20	4	27	18	3	48	»	2	30	28	»	2	10	2	2	1	»	»
19	1	19	15	2	35	»	3	31	11	3	9	5	1	1	»	7	3
26	2	20	29	1	46	2	6	35	10	3	15	5	4	4	»	5	2
23	3	31	24	2	58	»	6	55	10	1	10	5	4	2	1	5	»
24	3	38	32	3	62	6	18	68	19	4	9	2	2	1	1	6	1
12	1	19	22	»	40	1	8	40	2	1	4	5	3	1	1	1	1
8	1	13	17	»	28	1	1	27	5	2	»	4	2	»	1	1	1
9	2	14	14	»	32	3	5	35	7	1	10	5	2	»	1	8	1
5	3	15	15	3	27	9	9	28	12	2	4	7	7	»	»	7	2
64	21	221	199	14	415	22	59	389	107	18	64	52	27	13	7	40	11

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Causes de l'avortement.

Dès 1821, Mme Lachapelle critiquait ironiquement la tendance des accoucheurs et des médecins à encombrer le chapitre étiologique de l'avortement d'une foule de causes dont l'influence n'était rien moins que démontrée.

« Il n'est peut-être pas, disait-elle, une seule des circonstances de la vie, un seul genre d'événement, un seul ordre de maladies qui n'ait été réputé cause d'avortement. Pour éviter le vague dans lequel cette multiplicité a jeté plus d'un auteur, nous passerons rapidement sur les causes douteuses et nous n'insisterons que sur celles qui peuvent nous offrir quelques considérations utiles. Le moindre examen suffit effectivement pour faire apprécier la valeur de la plupart de ces causes supposées, pour faire voir que, dans l'ignorance où l'on était des causes véritables, on en a cherché dans les circonstances les plus indifférentes, et qu'on ne s'est alors appuyé sur aucun argument que sur ce raisonnement si souvent ridicule : *post hoc, propter hoc*.

« Lisez nos auteurs, et vous verrez que l'odeur d'une bougie mal éteinte a quelquefois provoqué l'avortement, ou bien qu'un mouvement de mauvaise humeur, de dégoût, de caprice, etc., suffit pour le produire ».

Cette tendance persiste dans la plupart des traités modernes qui ont conservé jusqu'au chapitre de l'avortement habituel !

Nous ne citerons, à titre d'exemples, et puisées dans un traité classique, que les causes suivantes : la pléthore, l'hémophilie, l'hygiène défectueuse, le travail excessif, la constipation opiniâtre, l'hérédité, le prurit vulvaire, les excès de coït, la prostitution, les déchirures du col, les voyages, les longues marches, la trépidation prolongée d'une voiture, les soirées passées au théâtre ou au bal, les efforts simples ou répétés, les chutes, les traumatismes de toutes espèces, les émotions morales vives, enfin la mort du fœtus !

Il nous a paru curieux de comparer à ces listes interminables, celle qu'on peut tirer de l'étude des faits recueillis dans une grande maternité, et de rechercher combien de fois notre maître avait cru pouvoir faire noter la cause très probable de l'avortement. Il y a loin, on le verra, de la coupe aux lèvres, de la théorie à la pratique !

161 fois seulement sur 530 cas, soit 1 fois environ sur 4, on a cru pouvoir faire cette mention.

Ces 161 cas se répartissent ainsi :

Insertion vicieuse du placenta.	64
Syphilis.	52
Albuminurie	27
Hydramnios.	43
Malformations utérines et déviations.	7

se répartissant ainsi :

Dégénérescence kystique des villosités	
choriales	2
Fibrome utérin sous-muqueux.	4
Rétroversion.	4
Bifidité de l'utérus.	3

Remarquons de suite que sur ces 161 cas, dont la cause est connue, nous en trouvons 143 relevant de l'insertion vicieuse, de la syphilis, et de l'albuminurie.

Est-il besoin de rappeler comment et pourquoi se produit l'avortement dans chacun de ces cas ? Nous ne croyons pas devoir y insister, d'autres, avant nous, s'étant longuement étendus sur le mécanisme de ces causes dont nous ne voulons que mettre en relief l'influence prépondérante sur la production de l'avortement.

Néanmoins nous dirons quelques mots de deux d'entre elles : l'insertion vicieuse et l'albuminurie.

Baudelocque, dans son livre de l'*Art des accouchements*, dès 1787 (tome II, p. 664) accuse déjà sans en donner l'explication, « l'insertion du placenta sur le col de la matrice » de provoquer l'avortement.

M. Pinard, reprenant cette question, un peu trop négligée par les classiques, insiste à chaque instant dans son service sur cette influence précocement fâcheuse de l'insertion vicieuse sur laquelle nous aurons à revenir à propos de la physiologie de l'avortement. Nous apportons 64 observations dans lesquelles la mensuration des membranes a pu être faite.

Quant à la syphilis, personne ne conteste plus sa néfaste influence sur la grossesse, surtout quand aucun traitement ne vient enrayer le mal.

M. le professeur Fournier, dans ses belles leçons de l'hôpi-

tal St-Louis, sur l'hérédité syphilitique (1891), a montré l'importance de cette question, la gravité des conséquences soit immédiates, soit *à longue portée* qui succèdent à cette maladie qui, elle aussi, imprime à l'avortement, un cachet particulier, presque pathognomonique.

L'albuminurie qui est à peine notée en passant, au même titre que tant de causes banales dans les auteurs classiques, tend de plus en plus à prendre, après la syphilis et l'insertion vicieuse, la première place parmi les causes de l'avortement.

C'est une des acquisitions dues à l'examen méthodique des urines et du placenta de toute femme passant par son service, qu'exige M. Pinard.

Non seulement notre maître a montré la fréquence relative de cette cause, mais il en a élucidé le mécanisme.

Pour lui, comme pour Fehling, c'est en produisant des hémorragies placentaires qu'agit l'altération rénale que trahit l'albuminurie; suivant le volume ou la plus ou moins fréquente répétition de ces foyers, l'avortement qui survient du fait de la néphrite se rapproche, par sa physionomie, de celui de l'insertion vicieuse ou de celui de la syphilis.

Nous trouvons 13 fois signalée comme cause d'avortement l'hydramnios.

L'hydramnios peut agir de deux façons : 1^o par surdistension? c'est l'extrême exception (5 fois); 2^o sans surdistension, et dans ce dernier cas l'hydramnios est incriminée à titre de symptôme fréquent de la syphilis qu'on n'a pu complètement dépister. La coïncidence de la syphilis et de l'hydramnios a été notée 8 fois sur 52 cas de syphilis.

Enfin nous avons 7 cas de malformations et déviations utérines. Nous croyons utile de publier *in extenso* ces observa-

tions qui pourront servir à la confection de ce chapitre où les documents probants sont encore peu nombreux.

Obs. I. — *Rétroversion de l'utérus gravide avec léger degré de rétroflexion.* — Année 1883, n° 39.

La nommée Cécile C..., 30 ans, couturière, entre dans la salle Ste-Anne le 28 octobre 1883, lit n° 15.

Elle est enceinte pour la 7^e fois.

Réglée à 14 ans, irrégulièrement.

Son 1^{er} accouchement s'est fait à terme; elle est accouchée d'une fille bien portante, après 4 jours de travail. Il semble, d'après ce que raconte la femme, qu'on a pratiqué une version.

La 2^e grossesse a eu lieu 2 ans après; la femme fit une fausse couche de 3 mois 1/2, à la suite d'une grande fatigue?

La 3^e grossesse, 18 mois après la seconde, fut menée à terme. L'enfant, fut nourri par la mère pendant 11 mois et mourut un an après.

4^e grossesse menée à terme.

Tous ces accouchements ont été laborieux et la durée du travail très longue. Après toutes ces grossesses, la malade s'est levée le lendemain ou le surlendemain pour faire son ménage ou la lessive au lavoir.

5^e grossesse: gémellaire. La parturiente dit avoir accouché à terme de 2 jumeaux: 1 fille de 2500 grammes, et un garçon de 11 livres? On retrouve dans les antécédents 3 cas consécutifs de grossesses gémellaires chez la grand'mère paternelle.

Cette grossesse a été assez pénible; elle eut les jambes et les bras œdématiés dans les 2 derniers mois.

L'accouchement a été également laborieux. Suites de couches bonnes; 8 jours après elle s'est levée et c'est à partir de ce moment que nous trouvons des troubles du côté des voies urinaires.

C... accuse une sensation de pesanteur sur le périnée. Elle a de fréquentes envies d'uriner et perd ses urines involontairement. Elle avait en plus de la constipation opiniâtre avec envies et ténésme rectal. Les troubles urinaires s'exagéraient au moment des époques menstruelles.

Deux ans plus tard elle fit une fausse couche de 5 mois 1/2; 15 jours avant cette fausse couche, elle avait travaillé beaucoup à la machine et avait eu dans la journée une perte de sang abondante. L'enfant est venu vivant, et mourut 1/4 d'heure après.

La femme ne fut délivrée que 8 jours après ; elle fut obligée de garder le lit pendant 3 mois. Depuis cette époque, elle a toujours été malade. Elle paraît avoir eu à ce moment de la pelvi-péritonite, dont elle a conservé une douleur dans l'hypochondre gauche.

Devenue enceinte pour la 7^e fois, elle a vu ses règles pour la dernière fois le 17 juillet 1883. Les troubles qu'elle ressentait du côté des organes génito-urinaires se sont accrus. La constipation n'a pas augmenté et cela s'explique par le toucher qui permet de constater que le rectum est légèrement dévié à gauche, ce qui le met à l'abri des compressions de l'utérus gravide.

Cette femme vient à l'hôpital se plaignant d'avoir perdu du sang depuis samedi soir.

On ne trouve pour expliquer cette fausse couche aucune diathèse.

A l'auscultation du cœur, léger souffle anémique au 1^{er} temps et à la base. Pas d'œdème des membres inférieurs.

Il est impossible au palper de se rendre compte du volume et de la situation de l'utérus.

Au toucher on trouve l'excavation remplie par l'utérus gravide et fortement rétroversé dans la concavité du sacrum. Le col est situé en avant et en haut derrière le pubis ; on constate en même temps un léger degré de rétroflexion. Le rectum est dévié vers la gauche.

Elle perd du sang en assez grande abondance ; le col est ramolli et perméable ; les lavements laudanisés ne produisent aucun arrêt dans la marche du travail.

Le soir, on constate par le toucher qu'une portion du placenta est engagée dans l'ouverture du col ; le lendemain matin, la femme est prise de coliques et expulse avec des caillots des débris placentaires. L'utérus paraît moins gros, moins dur, mais sa situation n'est pas modifiée ; la fausse couche paraît terminée. Cette femme quitte l'hôpital quelques jours après dans un état satisfaisant.

Obs. II. — *Môle vésiculaire*. — Année 1884, n^o 64.

Anna Ja... 29 ans, journalière. Entrée à Lariboisière le 16 avril 1884. Salle Ste-Anne, n^o 23.

A déjà eu une première grossesse, il y a 29 mois ; a nourri l'enfant pendant 18 mois ; cet enfant est vivant.

L'allaitement cessé, elle a revu ses règles tous les mois à partir de juin 1883. Ecoulement sanguin abondant durant 8 jours.

Le 6 janvier 1884 ses règles disparaissent et font également défaut en février et en mars. Le 18 mars dans la nuit, elle a commencé à perdre du sang ; depuis cette époque, elle en a perdu presque continuellement, mais en quantité variable.

Elle va trouver un médecin qui lui prescrit des pilules et l'application de compresses froides sur le ventre.

Le 15 avril, elle va à Bichat. M. Gougenheim la reçoit dans son service. Elle reste couchée et on lui applique sur le ventre des compresses froides pour combattre l'hémorrhagie assez abondante qui se calme sous l'influence du traitement. Par d'autre intervention.

M. Gougenheim l'envoie à Larihoisière où elle est reçue dans le service.

Le facies est excellent ; la langue bonne. Ni céphalalgie, ni douleurs abdominales.

A l'inspection, on trouve une tumeur médiane, ovoïde, saillante, s'étendant à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Au palper, on constate que cette tumeur est un peu déviée à droite. Presque continuellement dure, à certains moments elle est moins consistante et présente quelques inégalités ; mais il est impossible d'y distinguer des parties fœtales.

A l'auscultation, aucun battement, mais un bruit de souffle assez intense sur toute l'étendue de la tumeur.

Toucher : vulve normale, col entier, dur ; orifice externe entr'ouvert, permettant l'introduction de la pulpe de l'index, mais on ne peut pas pénétrer dans le canal cervical. L'utérus est globuleux, mobile. Rien dans les culs-de-sac.

A 6 h. du soir, la femme ayant quelques douleurs, piqûre de 0.01 centigr. de morphine. La nuit elle a des vomissements qui empêchent tout sommeil.

Le 17. — Vomissements continuent. Inappétence, langue humide, légère somnolence. Dans la journée l'état général s'améliore (café, glace, sulfate de quinine 0.25 centigr. matin et soir).

Le 18. — Amélioration marquée ; plus de vomissements. Le fond de l'utérus s'étend un peu au-dessus de l'ombilic ; il est constamment tendu, rénitent ; pas de ballotement, souffle intense sur le bord gauche de l'utérus, isochrone au pouls de la mère. Col non modifié. Le doigt après le toucher est chargé de sang noir. Pas de ballotement vaginal. M. Pignard pense alors à l'existence d'une môle hydatiforme.

Les jours suivants, état général meilleur ; appétit revenu. Mais la femme continue à perdre.

Le 22. — On sent le soir au niveau du bord droit de l'utérus, une induration qui persiste le lendemain. Pas de ballottement.

Le 24. — L'induration à droite a disparu, mais induration à gauche, qui disparaît le soir même.

Le 29. — La malade a perdu un peu plus de sang. On perçoit à la partie inférieure de l'utérus, au niveau de la région hypogastrique, une dureté qu'on n'avait pas encore sentie. Indolence absolue.

Le 30. — A partir de 6 h. du matin, la malade est prise de vives douleurs qui lui font pousser des cris et déterminent une agitation continue. On sent l'utérus contracté. Pas de modification du col, pas d'abaissement du segment inférieur. Dans l'intervalle des contractions, on perçoit nettement à la partie supérieure 2 tumeurs dures : l'une du volume d'un œuf située à droite de l'ombilic ; l'autre plus petite située au-dessous et en dehors de la première.

1^{er} Mai. — La malade va très bien.

2. — Induration au niveau de la partie moyenne du bord droit.

3. — L'utérus a augmenté de volume. Le souffle utérin est plus intense. Absence de ballottement.

4. — A partir de 6 h. du matin apparaissent quelques douleurs de ventre qui deviennent de plus en plus intenses. A 7 h. 1/2 expulsion d'un gros caillot, suivi d'hémorrhagie ; à ce moment l'utérus est dur. Par le toucher, on constate que le segment inférieur est abaissé, le col non effacé, mais ramolli. Injection de bi-iodure.

Les douleurs continuent. A 9 h. le col est effacé, l'orifice dilaté comme une pièce de 1 fr. Dans l'orifice fait saillie une masse molle, inégale, donnant la sensation du placenta ou d'un caillot. L'hémorrhagie continuant, on pratique le tamponnement à 9 h. 1/2.

10 h. 1/2, les douleurs deviennent plus vives : le tampon étant imbibé, on l'enlève ; en même temps, la femme expulse une masse considérable de vésicules de dimensions variables et au milieu un gros caillot fibreux aucune trace de fœtus. Poids de la môle 700 gr.

Immédiatement injection intra-utérine. On constate sur les parois de l'utérus l'existence de vésicules adhérentes. Pas d'hémorrhagie. Le soir, 2^e injection intra-utérine. Expulsion de plusieurs vésicules.

5. — La nuit a été bonne, l'utérus est petit, dur.

6. — Pendant la nuit, sensation de froid au moment des injections. Le matin, le pouls est plus fréquent.

Sensibilité au niveau de la fosse iliaque gauche. Injection intra-utérine, sangsues, 0,50 centig. de sulfate de quinine, matin et soir.

3 h. 1/2. Soir : T. 40,3. Pouls fréquent, soif vive.

6 h. 1/2, injection intra-utérine. T. 39°2.

10 h. injection intra-utérine. T. 38°.

4 h. matin : injection intra-utérine.

7. — L'état général est meilleur. Pouls moins fréquent. T. 38°3.

Ventre aplati, indolore. On sent une légère induration dans la fosse iliaque gauche. Dans la matinée, diarrhée abondante.

A 4 h. soir 37°8.

8. — Le mieux continue.

L'exploration du ventre fait constater dans la fosse iliaque gauche une tumeur ovoïde, indolore, facile à déplacer, surtout en haut.

L'utérus rétracté est à 2 ou 3 travers de doigt au-dessus du pubis.

9. — La femme est bien. La tumeur ovoïde de la fosse iliaque est considérée par M. Pinard comme un rein mobile. Les jours suivants, le mieux continue : la malade est seulement un peu pâle et anémiée. La tumeur indolore de la fosse iliaque persiste.

17. — La malade sort bien portante.

OBS. III. — *Dégénérescence hydatique du placenta.* —

Année 1887, n° 254.

Marie Me... 18 ans, entrée à Lariboisière le 4 septembre 1887.

Primipare. Menstruation régulière et peu abondante pendant 1 ou 2 jours.

Dernières règles : courant du mois d'avril. A perdu du sang pendant tout le mois d'août. Terme : 3 à 4 mois.

Les premières douleurs sont apparues le 3 septembre à 10 h. du soir.

La malade a fait son avortement en partie en ville; elle ne donne aucun renseignement sur l'embryon.

Le 4, à 3 h. du matin, une heure après son entrée, elle expulse un placenta pesant 150 gr. et présentant en plusieurs points une dégénérescence hydatique. Il n'y a aucune trace de cordon.

Suites de couches normales. Sortie en bon état le 10^e jour.

OBS. IV. — *Utérus bifide*. — Année 1888.

Marie Co..., 35 ans, cordonnière, entrée le 13 octobre.

Réglée régulièrement.

1^{er} pare. D. R. 20 mars.

Hémorrhagie 15 jours avant son avortement.

8 octobre. — Rupture prématurée des membranes.

13. — Évolution spontanée, fœtus mort depuis la veille. 850 grammes.

Rétention du placenta.

14. — T. 39° 8. Extraction sous le chloroforme d'une partie du placenta, l'autre restant inaccessible dans la corne gauche. Irrigation continue.

15. — Frisson. T. 41°. Extraction sous le chloroforme de la portion de placenta restée dans l'utérus et putréfié.

6 h. soir. T. 37° 4. On cesse l'irrigation.

18. — Morte de péritonite par chute d'une eschare de la paroi utérine.

OBS. V. — *Utérus cloisonné*. — Année 1889, n° 406.

Julie To... 20 ans, domestique.

Primipare. Grossesse de 6 mois et 1/2. Avortement fait en ville le 28 mai. Rétention du placenta. Tentatives d'extraction par un médecin et une sage-femme. Transportée à l'hôpital le 29 avec une température de 38°5.

Le 30, application du ballon de M. Champetier, et extraction manuelle du placenta putréfié. Irrigation intermittente. Morte le 6^e jour de septuagésime.

Autopsie faite par M. Varnier, qui trouve un utérus cloisonné (1).

OBS. VI. — *Bifidité de l'utérus et du vagin*. —
Année 1890, n° 431.

Noémie Le... 21 ans, entrée à la Clinique Baudelocque le 9 juillet 1890.

Primipare. Réglée depuis l'âge de 12 ans 1/2 régulièrement.

D. R. : 26 janvier 1890. — Terme : 5 mois. A l'entrée de cette femme,

(1) Voir Pinard et Varnier : *Études d'anatomie obstétricale, normale et pathologique*, p. 35. Pl. XIII et XIV.

le 9 à 4 h. matin, on constate en pratiquant le toucher qu'il y a 2 vagins et 2 utérus.

A 10 h. soir, la femme est en travail; les contractions utérines reviennent toutes les 5 minutes. Au toucher, on constate dans chacun des vagins que l'orifice utérin présente une dilatation lenticulaire. Il semble que la partie fœtale ou la poche des eaux vienne se présenter tantôt à un orifice, tantôt à l'autre. Il se fait un léger écoulement sanguin dans le vagin droit.

A minuit, une poche des eaux vient faire saillie à la vulve à travers le vagin gauche. L'orifice utérin présente une dilatation de 5 francs environ. On rompt la poche des eaux qui fait hernie à la vulve; il s'écoule un liquide chocolaté. En quelques douleurs, la femme expulse un fœtus mort et macéré présentant une tumeur au niveau de la région ombilicale. Le cordon est petit, irrégulier, semble étranglé par place, par des brides amniotiques.

10 minutes après, expulsion spontanée du placenta.

Suites de couches normales. Sortie en bon état le 15^e jour.

OBS. VII. — *Fibrome sous-muqueux*. — Année 1891, n° 473.

Le 29 juin 1891 à 10 h. du matin, un étudiant en médecine, dont l'émotion est très vive, vient demander à M. Pinard de vouloir bien admettre dans son service sa propriétaire amenée à la clinique en voiture et qui semble menacée d'un avortement.

Cet étudiant raconte qu'il s'agit d'une femme de 35 ans, mère de 3 enfants encore vivants dont le plus jeune a 12 ans. Elle aurait eu ses dernières règles le 26 avril. Vers le 10 juin cette femme aurait commencé à perdre du sang en faible quantité toutefois. Cet écoulement ne l'aurait pas empêchée de vaquer à ses occupations.

L'écoulement sanglant non accompagné de douleurs aurait persisté sans changer de caractères jusqu'au 25 juin. A ce moment, sans cause, il se serait produit une hémorrhagie très abondante; le sang serait sorti en partie liquide, en partie coagulé, mais on ne l'aurait pas examiné pour savoir s'il y avait au milieu des caillots un produit de conception. Coliques. La femme garde le lit. L'hémorrhagie dure pendant 3 jours. Le 28 juin au soir, l'état s'améliore au point que cette femme se sent assez forte pour quitter le lit et sortir le 29. Mais dans la soirée, elle est reprise d'hémorrhagie et un frisson violent survient d'une demi-heure de durée

après lequel la température prise par l'étudiant, monte à 40°2. Quinine, injections vaginales au sublimé à 1/2000. Dans la nuit nouveau frisson. T. 40°5. Enfin le 30 à 6 h. du matin, 3^e frisson et nouvelle élévation de T. 40°9. C'est alors que cette femme est amenée.

L'étudiant raconte alors qu'au toucher, il a trouvé le col ramolli superficiellement, perméable au doigt, dans sa partie inférieure seulement, et que le doigt arrive sur un petit corps gros comme un pois et qui semble être un petit polype.

M. Pinard examine la malade à 11 h. du matin, et confirme le diagnostic de l'étudiant ; il trouve en outre que le col est dévié vers la gauche et augmenté de volume. Le liquide qui s'écoule de l'utérus a une odeur fétide ; la température qui était à l'entrée de la malade de 38°4 n'est plus que de 38°1. — Cette femme a le visage pâle, les traits altérés, la face couverte de sueur. Langue saburrale mais non sèche. Pouls 112.

M. Pinard ordonne une injection intra-utérine abondante et immédiatement après, l'introduction du ballon Tarnier. Il compte dilater le col, déterminer des contractions, et que, derrière le ballon, le placenta retenu dans l'utérus, sera expulsé spontanément. Dans le cas où le ballon Tarnier ne suffirait pas, on le remplacerait par le ballon Champetier.

Le 29 juin à midi, M. Potocki procède sans difficulté à l'introduction du ballon Tarnier après avoir fait une longue injection intra-utérine au bi-iodure.

Gros, lait, sulfate de quinine, 0,25 toutes les 4 h. Injections vaginales.

Le ballon détermine des coliques pendant une heure qui cessent ensuite quoique le ballon soit encore dans le col. On laisse le ballon en place.

A 9 h. du soir, nouveau frisson, T. 40°5, le ballon ne peut être extrait.

Le 30 à 7 h. du matin, T. 37°9, mais le facies est mauvais, P. 124, liquide s'écoulant des organes génitaux, fétide. — M. Potocki exerce des tractions sur le ballon et parvient à l'extraire ; derrière lui, sort un liquide grisâtre d'une fétidité repoussante. La malade accuse alors une douleur vive quand on appuie sur l'utérus.

On chloroformise la malade ; injection intra-utérine prolongée ; on constate que le col est perméable à 2 doigts seulement dans sa partie inférieure ; il est dur à gauche. Dans le cul-de-sac latéral gauche, on trouve une tumeur qui fait corps avec l'utérus et qui n'est autre que la partie inférieure d'un fibrome que le reste de l'examen démontre occuper la paroi gauche de l'organe.

En abaissant avec la main droite le fond de l'utérus qui arrive à l'om-

bilic, M. Potocki parvient à introduire le doigt profondément et constate que la cavité utérine se dévie vers la droite et est obturée en quelque sorte par un gros fibrome sessile qui part de la paroi gauche de l'organe, ayant le volume d'une petite orange et qui paraît être un prolongement intra-utérin d'un fibrome pariétal gauche.

M. Potocki parvient à introduire 2 doigts dans la cavité utérine, la main droite abaissant fortement l'organe. Il arrive ainsi au fond de la cavité dont le plancher est formé par la paroi supérieure du fibrome, et dont le fond mince est tapissé par un corps décollé et qui paraît être le placenta. Avec l'index et le médus, ce corps est saisi et entraîné au dehors ; on constate qu'il s'agit d'un morceau de placenta grisâtre pesant 11 gr. et d'odeur absolument repoussante.

Les doigts introduits à nouveau au fond de l'utérus, ne trouvent plus de corps étranger, seulement des irrégularités de la muqueuse qu'on attribue à la persistance de la muqueuse utéro-placentaire.

Injection intra-utérine.

Le petit polype fibreux implanté sur le col a été détaché par traction. Impossibilité d'introduire le ballon Champetier.

L'existence du fibrome bouchant complètement l'utérus, et le divisant en 2 cavités secondaires explique que le placenta, quoique décollé, n'ait pu sortir et fait comprendre que les liquides accumulés dans la loge supérieure ne s'écoulaient pas.

A 8 h. 3/4 du matin, peu après l'intervention, nouveau frisson, T. 40°5, qui descend progressivement ; à 11 h. matin : 38°5. M. Pinard ordonne des injections toutes les heures et de ne soumettre la malade à l'irrigation que si un nouveau frisson survenait.

Dans la journée, température oscillant entre 37 et 38°2. Pas de frisson ; ventre toujours douloureux à gauche vers le fond de l'utérus. Pas de météorisme, nausées, vomissements. P. 124, R. 24, T. 38°2 à 7 h. soir.

Piqure de morphine.

1^{er} Juillet. — La malade a eu une nuit assez agitée malgré la morphine ; facies fatigué, peau grisâtre, sueurs, P. 128, R. 26, T. 38°2. Le soir P. 120, R. 24, T. 38°4. La malade se plaint et croit qu'elle va mourir. Langue blanche, humide ; douleur dans la gorge. Pas de coliques, pas de diarrhée. Pas de météorisme, mais le ventre est toujours douloureux à gauche. Légère agitation et mouvements carphologiques. Vomissements rares, nausées fréquentes. Injection intra-utérine à 8 1/2 soir avec 4 litres de biiodure et 6 litres d'eau phéniquée au 1/300. T. 38°3.

Le 2. — A 2 h. matin, T. 38°6. Injection continue. La température est alors de :

3 h. matin	37°4	
4 h. »	39	dyspnée intense.
5 h. »	38°6	
6 h. »	40	Inhalation d'oxygène.
7 h. »	39°7	Pouls filiforme; incomptable; Respiration difficile, arrêts respiratoires.
8 h. »	39°2	
9 h. »	40°3	
10 h. »	40°1	Délire, agitation.

On cesse l'irrigation. Pouls, petit; mains froides. T. 40°4. Mort à midi.

AUTOPSIE. — 23 h. après la mort.

Le cadavre est dans un état de putréfaction très avancée. Abdomen et cou noir-verdâtre; trainées noirâtres sur les faces antérieures des cuisses. Dans le péritoine qui n'est pas congestionné, on trouve seulement 2 à 3 cuillerées de sérosité louche en soulevant l'utérus; pas de fausses membranes, pas de distension gazeuse de l'intestin.

L'utérus est en partie recouvert par le cœcum, l'S iliaque qu'il faut soulever pour apercevoir sa face antérieure et les annexes. Le fond de l'utérus arrive un peu au-dessus du plan du détroit supérieur et ne présente au simple examen, rien d'anormal; les annexes sont toutes deux visibles; il n'y a donc pas de torsion de l'organe.

On enlève en masse tous les organes contenus dans le petit bassin.

Reins, sans particularités.

Foie, ramollie; foie mou criblé de vésicules gazeuses dues à la putréfaction; des morceaux de foie se tiennent en équilibre au milieu de l'eau. Calculs biliaires dans la vésicule.

Cœur, mou, flasque, graisseux, contenant un sang poisseux dans lequel on trouve quelques vésicules de gaz.

Poumons, rien d'anormal.

Vessie, saine.

Les trompes et les ovaires sont reliés les uns aux autres et aux feuillets des ligaments larges par des adhérences anciennes. L'ovaire gauche contient un follicule de Graaf qui fait hernie en quelque sorte à la surface de l'ovaire et contient un liquide sanguinolent. Les 2 ovaires contiennent de petits kystes.

Trompes congestionnées.

L'utérus a été incisé sur la face antérieure et au milieu. Le col est sain ; la cavité ne contient pas de liquide, mais la muqueuse est noirâtre sur presque toute son étendue comme on le remarque dans les cas de putréfaction intra-utérine. Il ne reste dans cette cavité aucun débris de placenta. On trouve seulement dans son fond à gauche un épaississement de la muqueuse qui avait été senti quand on avait retiré la portion retenue du placenta et qui correspondait à la greffe de l'œuf.

Dans la cavité utérine fait saillie sur la paroi gauche un fibrome du volume d'un œuf de poule, lisse, un peu ramolli au centre, sessile, donnant à la vue exactement les caractères que l'examen intra-utérin avait fait percevoir. Ce fibrome se continue vers le ligament large où il est très nettement perceptible quand on prend entre les doigts le ligament large gauche.

On trouve aussi un épaississement fibromateux, mais peu accusé, vers la partie supérieure de la paroi droite de l'utérus.

Vagin normal, sans lésions.

Le sang du cœur examiné au microscope, renferme quelques chaînettes de streptocoques, mais surtout des bacilles.

Les cultures du sang du cœur au nombre de 10 ont donné dans 9 préparations du vibrion septique pur et dans une seule du streptocoque.

La pièce est conservée au musée de la clinique.

Dans les 369 autres observations où la cause de l'avortement n'est pas notée, qu'invoquons-nous ? Nous répondrons comme nos maîtres au lit de la malade : nous ignorons la cause. A quoi bon se payer de mots ?

Nous n'avons pas la prétention de limiter aux causes ci-dessus citées, l'étiologie de l'avortement. Nous n'avons voulu que dégager l'abîme qui sépare en cette matière la théorie de la pratique, montrer quelles sont, en dehors des causes médicales bien démontrées (pyrexies : pneumonie, fièvre typhoïde, scarlatine, variole ; intoxications, etc.) qui n'aboutissent pas aux maternités, les causes les plus habituelles des avortements qui sont plus particulièrement observés par les accoucheurs :

Insertion vicieuse, syphilis, albuminurie.

Nul doute pour nous que, plus on ira, plus sera grand le nombre des avortements qui passeront de la colonne inconnue à ces 3 grandes catégories.

Déjà le nombre en est assez considérable pour que ces causes aient droit à tenir la première place dans l'esprit du médecin lorsqu'il est appelé à formuler un diagnostic, un pronostic et un traitement, et pour qu'il soit moins enclin que jadis, en présence d'un avortement dont il ne saisit pas immédiatement la raison, à songer à un avortement criminel.

CHAPITRE II

Fréquence de l'avortement.

Sur les 17.000 accouchements que comporte la statistique de 1883 à 1892, nous notons 530 avortements, soit une proportion de 1 pour 32, qui se répartissent ainsi :

De 1 à 2 mois	3
De 2 à 3 —	33
De 3 à 4 —	73
De 4 à 5 —	88
De 5 à 6 —	131
De 6 à 7 —	202

Si nous cherchons à établir le nombre des primipares et des multipares chez lesquelles se sont produits ces avortements, nous trouvons que sur 517 cas où la parité a été notée, il y a 180 primipares, 337 multipares.

Nous avons cru intéressant de rechercher, chez les multipares, le nombre de celles qui avaient présenté des avortements antérieurs en même temps que les causes auxquelles ils étaient liés.

Voici les chiffres que nous avons obtenus :

Sur 337 multipares, 152 ont eu des avortements antérieurs soit 1 sur 2 environ.

Quant aux causes de ces avortements voici celles qui ont été incriminées :

2 fois l'insertion vicieuse ;

24 fois la syphilis :

7 fois l'albuminurie.

Les documents que nous possédons ne nous permettent pas actuellement d'aller plus avant ; mais nous signalons ces chiffres à l'attention de ceux qui voudront reprendre scientifiquement l'étude de ce qu'on appelle encore trop souvent l'avortement habituel.

CHAPITRE III

Des présentations du fœtus.

Nombre d'auteurs négligent de parler de ce point intéressant au point de vue de l'accommodation ou du moins ne font que mentionner rapidement les diverses présentations du fœtus dans l'avortement. Ainsi, certains classiques se bornent à rappeler que, si, à terme, la présentation du sommet est extrêmement fréquente, puisqu'on la rencontre 95 fois sur 100, on la constate beaucoup moins souvent dans l'expulsion du fœtus avant l'époque où il est viable

Quelques chiffres nous semblent utiles pour fixer un peu plus exactement la fréquence relative des diverses présentations.

M. Pinard, dans son *Traité du palper abdominal*, s'occupe longuement de cette question des présentations du fœtus du 4^e au 6^e mois.

« Il est aujourd'hui, dit-il, admis sans conteste que, dans les 6 premiers mois, le segment supérieur ou le fond de l'utérus est plus développé que l'inférieur. On sait également qu'à cette époque la tête est la partie la plus volumineuse du fœtus.....

« Pendant les 2 premiers tiers de la grossesse, grâce au liquide amniotique, le fœtus jouit d'une certaine liberté et il est facile de le faire évoluer, comme cela nous est arrivé bien souvent ; mais, après quelque temps, il reprend sa situation. C'est qu'à ce moment le volume total de l'utérus l'emporte beaucoup sur

celui du fœtus, de sorte que la sollicitation à l'accommodation n'est pas impérieuse, nécessaire, comme elle le deviendra plus tard ».

Et sur 127 avortements de 4 à 6 mois, où le fœtus était vivant, M. Pinard trouve la proportion suivante :

Sommet	60	soit	43. 5 0/0
Siège	53	—	38. 4 0/0
Tronc	7	—	5.06 0/0
Ignorée	18	—	

Et dans 78 cas où le fœtus était macéré, il donne les chiffres suivants :

Sommet	26	soit	33.4 0/0
Siège	35	—	44.8 0/0
Tronc	5	—	6.4 0/0
Ignorée	15	—	

Depuis lors, cette statistique s'est étendue ; c'est elle, accrue d'autres observations, que nous reproduisons ici, en faisant remarquer que le résultat n'en est guère modifié.

Sur les 530 avortements, on a noté 372 fois les présentations se décomposant ainsi :

de 3 à 4 mois, sur 14 présentations				6 sommets	8 sièges			
4 à 5	—	—	55	—	22	—	26	— 7 épaules
5 à 6	—	—	113	—	53	—	53	— 7 —
6 à 7	—	—	190	—	106	—	77	— 7 —
			<u>372</u>		<u>187</u>		<u>164</u>	<u>21</u>

Soit : sommet 50.40 0/0, siège 43.95 0/0, épaule 5.65 0/0.

Nous voyons donc que du 3° au 5° mois le fœtus, mobile dans la cavité utérine, non accommodé, se présente plus souvent par le siège que par le sommet ; du 5° au 6° mois, les 2 présentations se balancent ; du 6° au 7°

mois, se rapprochant du terme de la grossesse, le fœtus adapte, accommode ses extrémités céphalique et pelvienne à la petite et grande extrémité utérine, il prend sa position physiologique, celle du sommet.

Mais ce qu'il y a à noter et qui est des plus intéressants, c'est déjà la prédominance de la présentation en long du fœtus qui s'accuse, le nombre des présentations tout à fait vicieuses, de l'épaule, étant en petit nombre.

Nous avons cherché d'autre part à établir d'après notre statistique, quel rapport existait entre les diverses présentations suivant que le fœtus était mort ou vivant lors de son expulsion.

1° ENFANTS VIVANTS :

<i>Sommet</i>	<i>Siège</i>	<i>Épaule</i>
114	75	3
soit 59.37 %	39.05 %	1.58 %

2° ENFANTS MORTS ET MACÉRÉS.

<i>Sommet</i>	<i>Siège</i>	<i>Épaule</i>
62	73	13
soit 42.28 %	48.90 %	9.82 %

Ce qui ressort nettement de ces chiffres, c'est la prédominance des présentations du sommet chez les enfants vivants, 59,37 0/0 ; tandis que chez les fœtus morts et macérés, c'est la présentation du siège qui l'emporte, 48.90 0/0.

CHAPITRE IV

Etat du fœtus au moment de son expulsion.

C'est là encore un point qui semble avoir été peu étudié ; les traités classiques daignent à peine s'en occuper et pourtant nous allons essayer de montrer quelle importance cette question a au point de vue du diagnostic étiologique, du pronostic et du traitement pour l'avenir.

Une des choses qui nous ont le plus étonné parmi les affirmations classiques est celle-ci : « Habituellement, dans l'avortement, le fœtus a cessé de vivre avant son expulsion ».

Les chiffres que nous donnons sont en contradiction formelle avec cette assertion.

Sur 434 cas, où l'état de l'enfant a été noté, nous trouvons qu'il a manifestement donné des signes de vie 221 fois ; dans 199, il était mort et macéré ; enfin 14 moururent au cours du travail. Ces 14 cas, où la vitalité avait été reconnue avec soin avant et au cours du travail, peuvent être ajoutés aux 221 fœtus nés vivants. Nous arrivons donc ainsi à opposer 235 enfants vivants soit 54,15 0/0 à 199 enfants morts et macérés soit 45,85 0/0.

Donc dans plus de la moitié des cas, le produit de l'avortement a été expulsé vivant.

Voici, par mois, le résultat de la statistique :

De 1 à 3 mois ;	0 vivant,	4 morts,			
3 à 4 »	7 vivants,	16 »	1 mort pendant le travail.		
4 à 5 »	38 »	39 »	2 » »		
5 à 6 »	71 »	48 »	7 » »		
6 à 7 »	105 »	92 »	4 » »		
	<u>221</u>	<u>199</u>	<u>14</u>		

A côté de ce tableau, nous allons placer celui résumant les observations où la durée de la survie a été notée, au point de vue de l'âge de la grossesse, du poids du fœtus, de la cause de l'avortement :

Poids du fœtus	CAUSES			SURVIE DES ENFANTS			ENFANTS SORTIS vivants
	Insertion vicieuse	Syphilis	Albuminurie	quelques minutes à 1 heure	de 1 heure à 1 jour	de 1 à plusieurs jours	
3 mois							
120				1			
120				1			
130				1			
425				1			
4							
4 mois.							
520		1		1	1		
370				1			
400				1			
				1			
500	1				1		
400	1			1			
320	1			1			
380				1			
575				1			
370				1			
220				1			
250	1			1			
420				1			
380				1			
200				1			
200				1			
250	1			1			
200				1			
210				1			
345				1			
580				1			
720				1			
260				1			
370				1			
380				1			
220				1			
5	1			26	2		

Poids du fœtus	CAUSES			SURVIE DES ENFANTS			ENFANTS SORTIS vivants
	Insertion vicieuse	Syphilis	Albuminurie	quelques minutes à 1 heure	de 1 heure à 1 jour	de 1 à plusieurs jours	
5 mois							
720				1			3 mois.
650					1		
750		1		1			
1300				1			
980				1			
1050					1		
1030		1		1			
520					1		
1230					1		
420				1			
1250					1		
990	1			1			
600	1			1			
800	1			1			
710	1				1		
700				1			
710				1			
790	1			1			
685	1			1			
830					1		
960						5 jours.	
800			1	1			
620				1			
600				1			
470				1			
630				1			
650				1			
520		h.		1			
520				1			
700	1			1			
300				1			
820				1			
1050						3 jours.	
1000			1	1			
580				1			
600				1			
750				1			
480	1			1			
450				1			
900	1			1	1		

Poids du fœtus	CAUSES			SURVIE DES ENFANTS			ENFANTS SORTIS vivants
	Insertion vicieuse	Syphilis	Albuminurie	quelques minutes à 1 heure	de 1 heure à 1 jour	de 1 à plusieurs jours	
5 mois (suite).							
370						2 jours.	
900					1		
950					1		
900			1			2 jours.	
860				1			
820					1		
830	1			1			
785	1					2 jours.	
440				1			
450			1	1			
340			1				
730				1			
950	1			1			
900		1		1			
500	1				1		
	13	3	5	39	13	5	1
6 mois.							
1340					1		
1290					1		1
1380							
1120				1			
1220						2 jours.	4 ^m 1/2
1600							
1500						17 jours.	
1500				1			
1000					1		
1510						7 jours.	
1250	1				1		1
1680							1
1750							
1300					1		
1100				1			
850		1			1		
1750				1			
1100				1			
1450		1		1			1
1600							
1630					1		
1170					1		
1270						13 jours.	

Poids du fœtus	CAUSES			SURVIE DES ENFANTS			ENFANTS SORTIS vivants
	Insertion vicieuse	Syphilis	Albuminurie	quelques minutes à 1 heure	de 1 heure à 1 jour	de 1 à plusieurs jours	
6 mois (suite).							
1250					1		
1800	1				1	6 jours.	
950							1
1700					1		
1400							1
1500							1
1450							
880							
800	1				1		
1700		h.			1		
1030					1		
1150	1			1			
1090						6 jours.	
1290	1			1			
1350	1			1			
1220					1		
1380					1		
900	1				1		
1350		1			1		
950					1		
1240			1				
1400	1			1			
900						2 jours.	
830					1		
1620	1					5 jours.	
1470			1			9 jours.	
980	1				1		
1055			1	1			
850				1			
1000				1			
800		1		1			
1200	1				1		
500	1			1			
1550						2 jours.	
1200						2 jours.	
1300	1				1		
1150					1		
1700							
1050						2 jours.	
1100	1						
1450	1						
1700					1		

Poids du fœtus	CAUSES			SURVIE DES ENFANTS			ENFANTS SORTIS vivants
	Insertion vicieuse	Syphilis	Albuminurie	quelques minutes à 1 heure	de 1 heure à 1 jour	de 1 à plusieurs jours	
6 mois (suite).							
1620				1			
1420	1					4 jours.	
1430					1		
1400		h.				2 jours.	
1600	1						1
910					1		
1000					1		
690			1		1		
2160		1		1			
1350						4 jours.	
1350						5 jours.	
1410						7 jours.	
1480						2 jours.	
1415						2 jours.	
1100			1	1			
1220							1
1680							1
1530							1
1600						11 jours.	
1830							1
1310	1						1
650	1			1			
1150	1						1
1560			1				1
1390	1	1					1
820			1		1		
1400			1				1
1460							1
	21	6	8	19	34	20	19
TOTAUX							
Age de la grossesse	CAUSES			SURVIE DES ENFANTS			ENFANTS SORTIS vivants
	Insertion vicieuse	Syphilis	Albuminurie	quelques minutes à 1 heure	de 1 heure à 1 jour	de 1 à plusieurs jours	
3 mois.				4			
4 mois.	5	1		26	2		
5 mois.	13	3	5	39	13	5	1
6 mois.	21	6	8	19	34	20	19
	39	10	13	88	49	25	20

Nous voyons donc d'après ces chiffres que sur 182 enfants nés vivants, 88 ont vécu pendant quelques instants ; 49 de 1 heure à 1 jour, 25 de 1 jour à 17 jours ; enfin, et fait important 20 sont sortis vivants du service après un séjour variant de 10 jours à 4 mois.

Notons encore l'influence des causes de l'avortement sur la vitalité du produit de conception.

Nous avons tenu à compléter ce tableau en y apposant la mortalité dans chacune de ces causes ; et voici les résultats comparatifs :

	Enfants vivants	Morts	Morts pendant le travail
Insertion vicieuse	48	15	1
Syphilis	10	40	2
Albuminurie	12	13	2

De ce résumé, un fait très net se dégage :

Dans l'insertion vicieuse, le fœtus naît le plus souvent vivant ; et cela s'explique pour qui connaît les relations de l'insertion vicieuse avec l'accouchement prématuré ;

Dans la syphilis, le fœtus est expulsé presque toujours mort et macéré ;

Enfin dans l'albuminurie, tantôt le fœtus est vivant, tantôt mort, dans des proportions à peu près égales ; et cela s'explique encore pour qui connaît l'histoire du placenta brightique.

On comprend quelle importance peuvent avoir ces notions lorsqu'on n'a que des soupçons sur la cause de l'avortement. Sachant dans quels cas le fœtus est expulsé vivant ou mort, on pourra instituer une thérapeutique ayant de grandes chances d'agir favorablement sur les grossesses ultérieures.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

De la physionomie de la délivrance dans l'avortement.

On divise généralement les avortements en 3 catégories suivant l'époque à laquelle ils se produisent :

1° L'avortement ovulaire qui a lieu pendant les 6 premières semaines ;

2° L'avortement embryonnaire, de la 6^e semaine au 3^e mois ;

3° L'avortement fœtal, du 3^e mois au 7^e.

De la première catégorie, avortement ovulaire, nous ne parlerons pas, n'en possédant aucune observation.

Nous ne nous arrêterons qu'aux deux autres catégories décrites par les auteurs ; nous rappellerons brièvement ce qu'ils en disent et nous verrons si nos observations concordent avec leurs affirmations.

Que disent-ils au point de vue de la fréquence relative de l'avortement en 1 et 2 temps ?

Pour l'avortement embryonnaire : « l'avortement qui a lieu pendant le 2^e mois, se fait en bloc..... Dans quelques cas ex-

ceptionnels, les membranes se sont rompues, l'embryon est alors chassé le premier, puis l'arrière-faix ».

Pour l'avortement fœtal, nous trouvons : « Au 3^e et 4^e mois de la grossesse, l'œuf peut être expulsé en bloc : les membranes et le placenta forment une poche dans l'intérieur de laquelle se trouve le produit de conception. Mais le plus souvent, il y a expulsion en 2 temps, le fœtus d'abord, plus tard vient l'arrière-faix ».

« Aux 5^e et 6^e mois, le plus habituellement l'avortement se fait en 2 temps : le fœtus est d'abord expulsé, l'arrière-faix ensuite à une période plus ou moins éloignée ».

Recherchons donc, au point de vue de la délivrance, s'il y a un avantage quelconque à étudier séparément, comme le font la plupart des auteurs, l'avortement embryonnaire et l'avortement fœtal au 3^e et 4^e mois, aux 5^e et 6^e.

De l'étude brute de notre statistique se dégage cette première conclusion : l'avortement en un temps est l'extrême exception, puisque sur 501 cas, nous en avons 48 seulement en 1 temps et 453 en 2 temps.

La fréquence relative est donc de 1/10. Si maintenant nous étudions la fréquence relative par mois, nous voyons :

48 avortements	{	1 et 2 mois	3 mois	4 mois	5 mois	6 mois
en 1 temps.	{	12	13	9	9	5
453 avortements	{	1 et 2 mois	3 mois	4 mois	5 mois	6 mois
en 2 temps.	{	16	48	78	119	192

Sur 27 avortements de 1 à 2 mois, il y en a 12 en 1 temps, et 16 en 2 temps. Dès les premiers mois, il est manifeste que l'avortement en 2 temps est le plus fréquent et qu'il le de-

vient de plus en plus à mesure qu'on s'approche du 7^e mois.

Nous pouvons donc conclure, d'après ces chiffres, que l'avortement en 2 temps est le plus fréquent même aux 2^e, 3^e, 4^e mois.

En face de ces résultats, nous avons recherché quelle pouvait être l'influence de la mort ou de la vie du fœtus sur cette fréquence relative.

Sur 221 enfants vivants	{	1 temps	6
		2 temps	210
Sur 199 enfants morts :	{	1 temps	8
		2 temps	184
Sur 14 enfants morts pendant	{	1 temps	1
le travail.		2 temps	12

Nous pouvons donc déduire de là que l'état du fœtus est sans influence sur le mode d'expulsion de l'œuf.

Nous avons aussi établi la fréquence relative de l'avortement en 1 ou 2 temps d'après les causes. Nous avons trouvé que 1 fois seulement dans la syphilis et une fois dans l'hydramnios, l'expulsion en 1 temps s'était produite.

L'avortement en 2 temps au contraire a été noté :

64 fois dans l'insertion vicieuse sur 64 cas.

51 fois dans la syphilis sur 52 cas.

26 fois dans l'albuminurie sur 27 cas.

12 fois dans l'hydramnios avec ou sans syphilis sur 13 cas.

Enfin 3 fois dans les malformations sur 4 cas.

Donc la cause de l'avortement ne paraît pas influencer la modalité de celui-ci.

Cette fréquence majeure de l'avortement en 2 temps nous amène à examiner quelle physionomie revêt la délivrance

dans ces cas ; nous rechercherons, toujours pièces en mains, quelle est la marche de cette délivrance.

Sur nos 437 observations où le mode de délivrance a été noté, nous voyons que 415 fois celle-ci eut lieu *naturellement*.

Au bout de combien de temps s'est faite la délivrance spontanée ou naturelle ?

D'après notre statistique, sur 400 délivrances, où la durée de l'expulsion de l'arrière-faix a été notée, nous trouvons qu'elle s'est produite :

120 fois pendant les 15 minutes qui ont suivi la sortie du fœtus,

81 fois de 15 à 30 minutes, après l'expulsion du fœtus,

78 fois de 30 minutes à 1 heure, id.

83 fois de 1 heure à 4. id.

Ainsi, dans la très grande majorité des cas, et comme dans l'accouchement la délivrance, a lieu dans la première heure qui suit l'avortement, 279 fois.

Parmi les délivrances qui tardent davantage,

26 se sont faites dans les 24 heures,

7 » » dans les 48 »

2 » » dans les 72 »

et 3 se sont faites, les 4, 5^e et 7^e jours.

Ainsi la durée de la délivrance ne dépasse guère 2 jours ; la rétention prolongée du placenta est un accident exceptionnel puisque sur nos 494 cas, 4 fois seulement (n^{os} 91, 277, 288, 421) les femmes sont sorties du service sans avoir expulsé leur délivre, au bout de 8 à 13 jours, et cela sans qu'aucune réaction fébrile grave soit venue commander une intervention active.

Qu'ont été les suites de couches dans les cas ci-dessus rapportés ?

Sur les 400 cas où la durée de la délivrance a été notée, 352 fois seulement la physionomie des suites de couches est mentionnée.

Suites de couches normales chez les femmes où le délivre a été expulsé de :

		de	de	de	de	de	
0 à 15' après	de 15 à 30'	30' à 1 h.	1 à 4 h.	4 à 24 h.	24 à 48 h.	48 à 72 h.	au-delà
101	49	60	46	20	4	1	3

Suites de couches pathologiques :

		de	de	de	de	de	
0 à 15	de 15 à 30'	30' à 1 h.	1 à 4 h.	4 à 24 h.	24 à 48 h.	48 à 72 h.	au-delà
19	17	12	6	6	3	1	4

Donc nous voyons que les suites de couches ont été 284 fois absolument normales, physiologiques, tandis que dans 68 cas seulement la température a dépassé 37°5, sans toutefois que l'ascension ait été assez prolongée pour être menaçante. Nous avons classé dans ces suites de couches pathologiques tous les cas où la température a dépassé 37°5, ne fût-ce qu'une fois et même pour une raison manifestement indépendante de l'infection utérine.

Nous sommes donc en droit de conclure que dans la majorité des cas, la conduite à tenir pour l'accoucheur pendant la période de délivrance, c'est l'expectation, mais, cela va de soi, l'expectation associée à une rigoureuse antisepsie.

CHAPITRE II

De la rétention placentaire et des accidents qu'elle peut déterminer.

D'après les données précédentes, on voit que la rétention prolongée du placenta est exceptionnelle.

Du fait de cette rétention placentaire peuvent, dans certains cas, résulter des accidents graves, mortels, mais c'est là encore l'extrême exception.

Nous allons rechercher :

- 1° Quels sont ces accidents ;
- 2° Dans quelles conditions ils se produisent ;
- 3° Quel est le traitement à leur opposer.

Examinons chacune de nos observations à ces 3 points de vue et voyons quelles conclusions on en doit tirer.

Obs. VIII. — Année 1883.

Femme X..., avortement de 3 mois, rétention placentaire, morte de septicémie. On a employé dans ce cas l'injection intra-utérine intermittente.

RÉFLEXIONS. — De ce cas, les renseignements détaillés nous manquant, nous ne retiendrons que l'insuffisance des injections intra-utérines à enrayer la septicémie.

Obs. IX. — Année 1885.

Pr. Jeanne, 28 ans, couturière, entrée le 24 juin 1885.

IV pare. Terme de la grossesse, 5 mois.

Le 24 juin à 1 h. du matin, la malade perd du sang. A 9 h. 1/2 son état demeurant alarmant, elle est transportée à l'hôpital. A son entrée elle est exsangue : muqueuses décolorées, respiration fréquente, dépression physique et morale.

Volume du ventre très considérable. Accouchement spontané de deux enfants, se présentant par le siège, tous deux vivants, pesant chacun 600 gr. immédiatement après la rupture artificielle des membranes.

Aussitôt après, il s'écoule une notable quantité de sang noir, non mélangé de caillots. On sent le placenta engagé dans le col qui est reformé.

Injection intra-utérine à 48°4 ; l'utérus se contracte et expulse quelques caillots. On cesse l'irrigation au bout de 15 minutes.

30 minutes après, l'état s'aggrave, nouvelle irrigation. La femme ne perd pas, mais son état général est très mauvais. A 11 h. 1/2 des efforts d'expulsion amènent à la vulve une portion de placenta, mais on sent qu'une partie est encore adhérente. On pratique la délivrance artificielle qui se fait sans hémorrhagie. Placenta informe, déchiqueté, exsangue.

L'état général devient de plus en plus alarmant : pouls incomptable, état syncopal, vomissements.

A midi 1/2, la malade est prise de convulsions et meurt dans une syncope.

Les urines n'ont pas été examinées.

L'autopsie n'a pas été faite.

RÉFLEXIONS. — La mort de cette femme est imputable à la gravité de l'hémorrhagie qui a précédé l'avortement et à l'arrivée à la maternité, hémorrhagie que la rupture artificielle des membranes faite à temps aurait arrêtée net. Bien que la rétention placentaire n'ait pas donné lieu à une hémorrhagie notable de la délivrance, il nous paraît indiqué en pareil cas de terminer rapidement par la délivrance artificielle.

Obs. X (résumée). — Année 1885.

C..., 28 ans, brodeuse, entre le 15 avril 1885 à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Anne, chambre d'isolement, n° 3, pour des hémorrhagies consécutives à un avortement de 3 mois fait, dit-elle,

le matin en ville, dans des conditions qu'elle n'a pas voulu préciser. État général mauvais, teint terreux ; pouls rapide et petit. Température normale. Le vagin est rempli de caillots exhalant une odeur fétide. Nous instituons immédiatement le traitement antiseptique habituel. Le 3^e jour au matin survient un grand frisson, la température atteint 39°6. Malgré des irrigations intra-utérines faites pendant une 1/2 h. toutes les 3 h. la température monte le soir à 41°. Les jours suivants, en dépit du même traitement, la température se maintient à 40°, puis, après une série d'oscillations entre 38° et 40° sans grands frissons, C., meurt de pyohémie le 10^e jour.

RÉFLEXIONS. — L'infection de cette femme reconnaît pour cause manifeste des manœuvres faites en ville. Cette observation montre en outre l'insuffisance du traitement qui se bornait à cette époque à l'irrigation antiseptique intermittente.

Obs. XI. — Année 1885.

Marie S., 21 ans. Primipare. Avortement de 3 mois, chez elle, le 18 octobre 1885. Rétention du placenta. Entrée à l'hôpital à 4 h. du matin, le 19, traitement : injections vaginales toutes les 2 h. 3 injections intra-utérines par jour. Néanmoins la température reste entre 38° et 39°, et le soir du 3^e jour survient un grand frisson. T. axillaire 39°7. P. 160. R. 60. Pleuro-péricardite.

S... est immédiatement soumise à l'irrigation intra-utérine. En 30 h. la température retombe à la normale et y reste pendant 4 jours. Le 2^e jour, expulsion du placenta, qui est sans odeur. Les phénomènes locaux et généraux s'atténuent progressivement. On cesse l'irrigation. Le soir, une embolie de la fémorale gauche se produit en même temps que se manifeste une thrombose cardio-pulmonaire. Mort le 5^e jour au matin dans un accès d'orthopnée.

AUTOPSIE : 2 caillots dans le cœur droit et le cœur gauche ; le fragment qui s'est détaché de ce dernier s'est arrêté à la bifurcation de la fémorale. La cavité utérine, les vaisseaux et les annexes de l'utérus paraissent sains.

RÉFLEXIONS. — Les phénomènes d'infection survenus chez

cette femme sont dus probablement encore à des touchers malpropres, l'avortement s'étant produit en ville.

Le traitement employé a suffi à amener l'expulsion du placenta au bout de 48 heures ; mais n'a point suffi pendant ce temps à enrayer l'infection dont paraissent relever la pleuro-péricardite et les accidents terminaux.

Obs. XII. — Année 1886.

X... couturière.

II pare 1^{er} accouchement normal. 2^e Grossesse de 5 mois. Début du travail 3 jours avant son entrée dans le service. Rupture des membranes prématurée, en ville, 4 jours avant l'expulsion fœtale. Femme amenée en brancard, un pied du fœtus dans le vagin. Expulsion le lendemain de son arrivée d'un enfant mort du poids de 600 grammes. Cette femme fut soumise à l'irrigation continue aussitôt après l'avortement. Délivrance spontanée 4 jours après l'expulsion du fœtus. Accidents septicémiques. Morte d'infection purulente le 8^e jour, 18 juin 1886.

RÉFLEXIONS. — L'infection est due à l'absence de soins antiseptiques au début de l'avortement, fait en partie en ville, impuissance de l'irrigation à enrayer les accidents.

Notons la rupture prématurée des membranes et la mort du fœtus.

Obs. XIII. — Année 1886.

VII pare : les 6 premiers accouchements normaux.

Avortement de 5 mois. Grossesse gémellaire. Expulsion d'un fœtus mort pesant 300 grammes. Rétention du placenta et du 2^e œuf expulsé en entier le 28 juin, 2 jours après avec le premier placenta.

Irrigation continue. Morte d'infection, ictère grave le 5^e jour.

RÉFLEXIONS. — Notons la mort des fœtus avant leur expulsion ; les phénomènes d'infection dus à la rétention du premier placenta et l'impuissance de l'irrigation à arrêter la marche de la septicémie.

OBS. XIV. — Année 1886.

Jeanne V..., 24 ans, domestique, entrée le 13 mars.

Réglée tous les mois régulièrement pendant 4 jours.

Il paraît 1^{re} grossesse à terme. Accouchement normal. Sommet. Dernières règles du 20 au 24 novembre 1885. Hémorrhagie le 14 mars avant son entrée dans la maison. Douleurs lombaires. Le 13 mars à 9 h. du matin, rupture précoce des membranes, 13 mars, 5 h. du soir. Expulsion de l'embryon mort présentant le sommet. Rétention du placenta. T. 37°2.

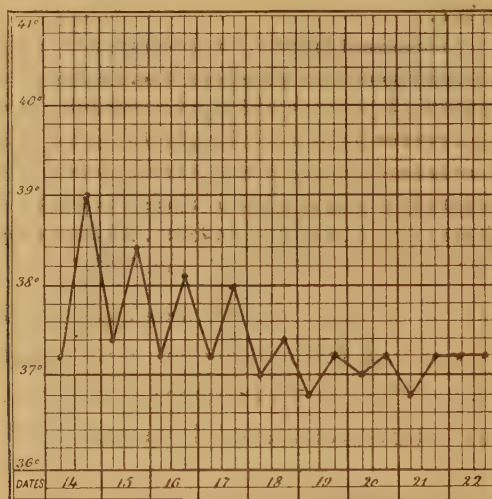


Fig. 1.

14 mars. — T. 39°. *Délivrance artificielle*. Extraction du placenta tombé dans le vagin et ayant subi un commencement de putréfaction. Injection intra-utérine. Abaissement graduel de la température. Guérison.

RÉFLEXIONS. — Le début des accidents d'infection dus au séjour du placenta dans le vagin a été enrayé par l'intervention. Notons la rupture précoce des membranes et la mort du fœtus.

Obs. XV. — Année 1886.

Pascaline T..., 20 ans, domestique. Entrée le 18 avril.

Règles irrégulières pendant 5 ou 8 jours.

II pare. 1^{re} grossesse à terme. Accouchement spontané. Sommet.

D. R. 20 janvier 1886.

Apparition des premières douleurs le 18 avril à 1 h. du matin.

Légère hémorrhagie pendant le travail. 19 avril, à 3 h. 1/2 du matin, expulsion de l'embryon vivant enveloppé de ses membranes, sans le placenta.

Immédiatement après, hémorrhagie, environ 800 gr. de sang. Injections chaudes à 48° pendant 3 h. 1/2. Délivrance artificielle à 6 h. du matin. Pas de température. Guérison.

RÉFLEXIONS. — Rare exemple d'une hémorrhagie compliquant la rétention du placenta dans l'avortement et nécessitant la délivrance artificielle.

Obs. XVI. — Année 1888 (1).

Blanche Ch..., 22 ans, fille publique. Entrée le 10 janvier.

Réglée régulièrement tous les mois pendant 3 ou 4 jours.

II pare. 1^{re} grossesse normale. Accouchement spontané, à terme. Sommet.

D. R. fin juillet 1887.

4 janvier 1888. — 6 jours avant son arrivée, rupture précoce des membranes.

10. — A l'entrée de la malade dans le service, le cordon et un pied pendent à la vulve. A 1 h. du soir, expulsion du fœtus mort, poids : 300 gr. Rétention du placenta. T. 37°3.

11. — Matin : 39°4. 2 h. soir : 38°1.

On soumet, la femme à l'irrigation continue. 8 h. 1/2 soir, frisson. T. 40°5.

A 10 h. soir, délivrance artificielle. Extraction du placenta à l'aide des doigts.

Aussitôt après, T. 37°2, restant normale jusqu'au départ de la malade. Guérison.

(1). Observation publiée dans la *Revue Pratique d'Obstétrique*, 1889, p. 98.

RÉFLEXIONS. — Dans ce cas, nous relevons la rupture précoce des membranes, la mort du fœtus, et le début des accidents de l'infection avant l'entrée à la maternité. C'est le premier curettage digital employé dans le service, appliqué

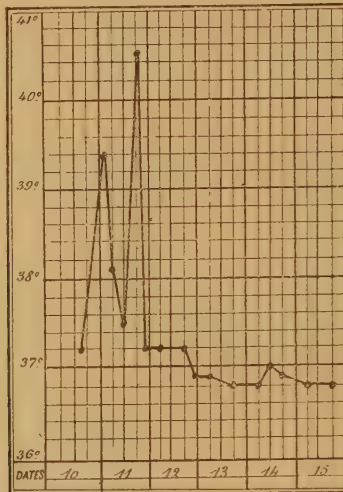


Fig. 2.

à la rétention placentaire. Signalons l'insuffisance du traitement institué d'abord, l'irrigation continue, et l'efficacité du curettage digital.

OBS. XVII. — Année 1888.

Emélie Ba... 27 ans, couturière, entrée le 6 mars.

Réglée tous les mois régulièrement pendant 3 jours.

VI paré. — 5 accouchements à terme spontanés, sommets.

D. R. 17 octobre.

A perdu du sang dans le courant du 3^e mois de sa grossesse.

2 mars 1888. — 9 h. du soir. Rupture prématurée des membranes.

6. — 6 h. du soir. Début du travail 10 h. soir. Expulsion d'un fœtus mort, présentant le siège, poids : 400 gr.

Rétention du placenta.

7. — 6 h. soir, T. 39°1. On fait des injections intra-utérines.

8. — 2 h. matin, T. 39°6.

On soumet la femme aux irrigations continues, à 9 h. matin. Délivrance artificielle. Extraction digitale du placenta qui, décollé et tombé dans le vagin, est très fétide.

On cesse l'irrigation. Température normale. Guérison.

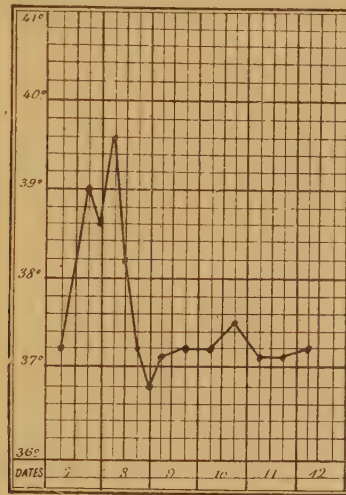


Fig. 3.

RÉFLEXIONS. — Ici encore, la rupture précoce des membranes, la mort du fœtus avant l'avortement, l'insuffisance du premier traitement employé (injection, intra-utérine intermittente), le résultat heureux de la délivrance artificielle simple, combinée à l'injection continue sont à mentionner.

OBS. XVIII. — Année 1888.

Maria La... 35 ans, blanchisseuse. Entrée le 20 septembre.

Réglée tous les mois régulièrement pendant 3 jours.

VI pare. — 5 accouchements à terme spontanés, sommet.

D. R. 17 mars 1888.

Perte sanguine peu abondante le 5 septembre.

15 septembre — Rupture prématurée des membranes.

20. — 7 h. 1/2 du soir, à l'arrivée de la malade : siège et cordon à la vulve. 7 h. 45, expulsion du fœtus pesant 700 gr. mort depuis quelques heures.

Immédiatement après, hémorrhagie grave. Injections chaudes. 9 h. 1/2 soir. Délivrance artificielle. Extraction digitale du placenta à moitié décollé.

Pas de température. Guérison.

RÉFLEXIONS. — Une hémorrhagie grave, suivant immédiatement l'expulsion du fœtus a nécessité la délivrance artificielle.

OBS. XIX. — Année 1888.

Marie Co... 25 ans, cordonnière. Entrée le 13 octobre.

Réglée tous les mois régulièrement pendant 6 ou 7 jours.

I pare. — D. R. 20 mars 1888.

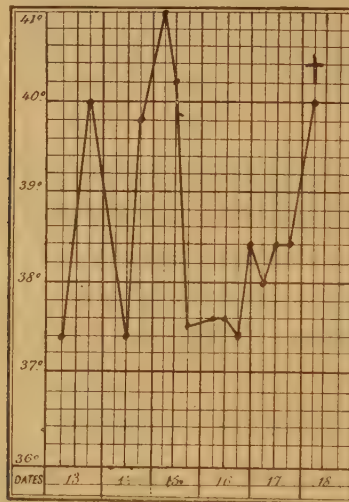


Fig. 4.

Hémorrhagies à 4 mois de grossesse et 15 jours avant son avortement.

8 octobre. — Rupture prématurée des membranes.

13. — 2 h. 1/2 du soir. Evolution spontanée. Fœtus mort depuis la veille, pesant 850 gr.

Rétention du placenta.

Le lendemain de l'avortement, T. 39°8. Extraction, sous le chloroforme, d'une partie du placenta, l'autre restant inaccessible dans la corne gauche. On soumet la femme à l'irrigation continue.

15. — Frisson. T. 41°. — Midi extraction, sous le chloroforme, de la portion de placenta restée dans l'utérus et putréfiée. 6 h. soir, T. 37°4. On cesse l'irrigation.

4^e jour, 18 octobre. Morte de péritonite par chute d'une eschare du fonds de l'utérus.

RÉFLEXIONS. — Cette observation montre encore l'influence de la mort du fœtus, de la rupture précoce des membranes comme cause prédisposant à l'infection dans la rétention placentaire. Les accidents d'infection ont été amendés par le curettage digital qui malheureusement ne put être complet en raison de la malformation de l'utérus.

Obs. XX. — Année 1888.

Femme M..., 28 ans, sans profession, entrée le 1^{er} novembre.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Réglée tous les mois régulièrement pendant 4 ou 5 jours.

V pare. 3 accouchements spontanés à terme. Sommeils. 1 à 7 mois.

D. R. 1^{er} juin 1888. Hémorrhagies à répétition à partir du 2^e mois.

1^{er} novembre. — 3 h. matin. Rupture spontanée prématurée des membranes.

5 h. matin. Expulsion d'un fœtus vivant, mort quelques instants après.

2. — Soir, T. 38°1.

Extraction du placenta qui est complètement décollé et se trouve dans le vagin.

Abaissement de la température à la normale. Guérison.

RÉFLEXION. — Notons l'action bienfaisante de l'extraction du placenta spontanément décollé, mais retenu dans le vagin.

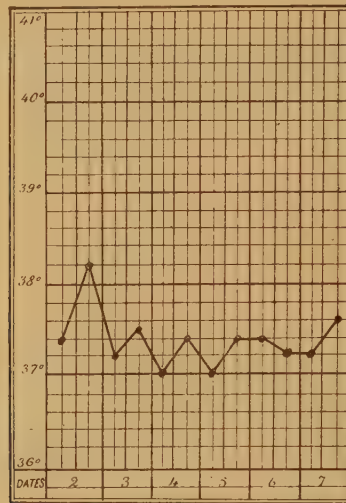


Fig. 5.

OBS. XXI. — Année 1888.

M... femme Bo..., 38 ans, employée, entrée le 12 décembre 1888.

Réglée à 14 ans, régulièrement tous les mois pendant 3 jours.

VIII pare. 3 accouchements avant terme ; 4 à terme, spontanés, 5 sommets, 2 sièges.

D. R. du 17 au 20 mai.

12 décembre. — Rupture spontanée des membranes. A minuit 45, avortement spontané. Siège. Fœtus pesant 1430 grammes, vivant, mort 3 h. après. Rétention du placenta. Hémorrhagie. Délivrance artificielle, 2 h. 15 après. Plusieurs fois 38°6 de température. Injections intra-utérines. Guérison.

RÉFLEXIONS. — La délivrance artificielle a été nécessitée par l'hémorrhagie qui survint aussitôt après la sortie du fœtus.

Bon résultat des injections intra-utérines après évacuation de l'utérus.

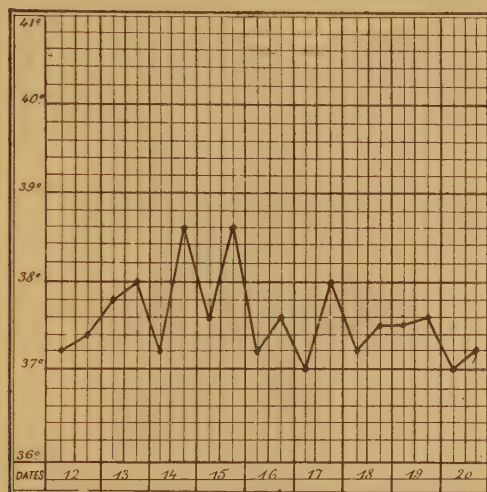


Fig. 6.

OBS. XXII. — Année 1889 (1).

Julie T..., 20 ans, domestique, entrée le 29 mai.

Réglée très irrégulièrement.

Primipare, D. R. 14 octobre 1888.

Pas d'hémorrhagie pendant sa grossesse. Fréquentes douleurs abdominales. Accouchement le 28 d'un fœtus mort. Avortement de 6 mois 1/2 fait en ville. Immédiatement, un médecin et une sage-femme appelés font des tentatives d'extraction du placenta : elles restent infructueuses. Le lendemain, 29 mai, la malade a une température de 38°. On la transporte à la clinique. Irrigation continue.

30 mai. — Application du ballon Champetier. Extraction manuelle d'un placenta putréfié pesant 125 grammes. On continue les irrigations. Utérus cloisonné.

31. — Frisson violent.

2 juin. — Morte à son 6^e jour. Septicémie.

(1) Observation déjà mentionnée plus haut (utérus bifide).

RÉFLEXIONS. — Dans cette observation, nous avons à noter la mort du fœtus antérieure au travail, les tentatives intempestives d'un médecin et d'une sage-femme. Signalons l'insuffi-

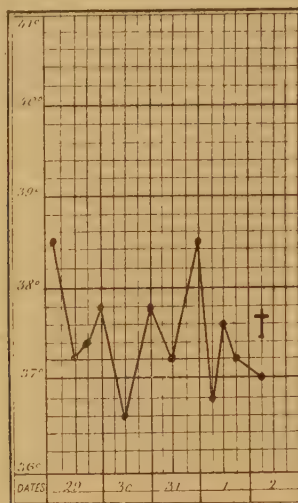


Fig. 7.

sance de l'irrigation employée d'abord et l'échec de la délivrance artificielle en raison de la malformation utérine et de l'infection déjà trop profonde.

OBS. XXIII. — N° 425, année 1890.

Clara R., 24 ans, lingère.

I pare: 1^{er} grossesse gémellaire : enfants morts de convulsions à 4 mois. Le père est tuberculeux.

D. R. 2 août 1889. — Age de la grossesse 6 m. 1/2. Pertes de sang au moment des époques menstruelles. Hémoptysies. Tuberculose. Température au moment de l'avortement 38°. Vaginite granuleuse, leucorrhée abondante, soumise pendant 3 semaines dans le service à des injections antiseptiques.

Avortement le 1^{er} juin. Grossesse gémellaire : 1^{er} enfant sommet,

2^e siège après 24 h. de travail. Déchirure légère du périnée produite par la sortie brusque de la tête du premier enfant. Après l'accouchement hémorrhagie assez considérable (1300 gr.). Délivrance artificielle, 35 minutes après, par Mlle Roze ; Elle trouva dans la corne droite de l'utérus le placenta adhérent. Début des accidents le 2^e jour. T. 39°. Irrigation continue. Morte le 6^e jour de septicémie.

L'utérus renferme quelques détritits grisâtres et des débris de cotylédons placentaires adhérents.

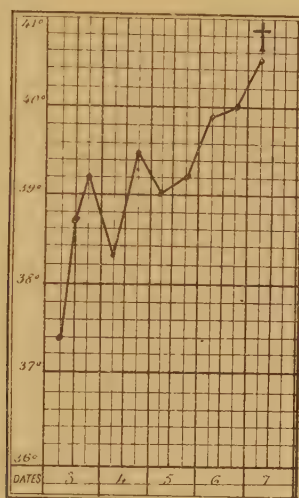


Fig. 8.

RÉFLEXIONS. — Noter la délivrance artificielle immédiate pour l'hémorrhagie. Il n'est pas douteux que la mort de la femme est due à l'infection entretenue par l'adhérence des cotylédons placentaires qui ne purent être détachés. C'est un enseignement à tirer de ce fait que la délivrance doit être absolument complète et que l'on ne doit pas en pareil cas confier soit à la nature, soit aux injections ou irrigations, le soin de terminer la délivrance. Il faut dans ces cas donner du chloroforme pour tout enlever.

OBS. XXIV. — N° 454, année 1891.

Louise L... 33 ans, cuisinière, entrée le 23 janvier.

Réglée à 16 ans, régulièrement.

VII pare : 3 premières grossesses, accouchements normaux, enfants vivants. 4^e, 5^e et 6^e grossesses, avortements de 2, 4 et 6 mois. Même père pour toutes les grossesses.

D. R. 28 septembre au 4 octobre.

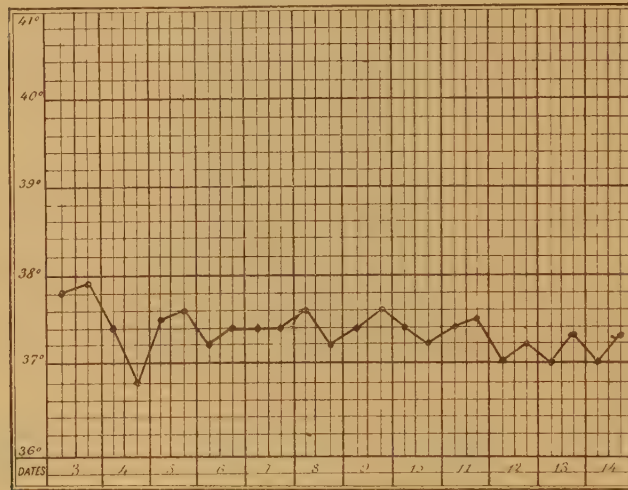


Fig. 9.

Perte de sang le 31 décembre.

Avortement fait en ville. Rétention du placenta.

Cette femme est arrivée à la clinique disant avoir expulsé le 16 un embryon de 2 c. m. 1/2 environ. Elle ne perd pas de sang.

27 Janvier. — Légère perte sanguine.

9 Février. — 10 h. 1/2 soir. Hémorrhagie assez abondante, arrêtée par des injections vaginales chaudes.

10. — 1 h. matin. Nouvelle perte. Pouls petit, visage pâle.

1 h. 1/2. Introduction du ballon Champetier par M. Potocki, 250 gr. de liquide.

L'hémorrhagie s'arrête immédiatement ; les contractions utérines deviennent moins fréquentes.

8 h. matin. Expulsion spontanée du ballon.

8 h. 1/2. Orifice utérin dilatable comme 2 francs.

Le placenta s'engage dans le col : une hémorrhagie se produit. M. Potocki pratique la délivrance artificielle sous le chloroforme. Décollement du placenta assez difficile avec 2 doigts. Durée 20 minutes.

Extraction de la presque totalité. Poids : 50 gr. Il ne reste sur la face antérieure de l'utérus que des reliefs de cotylédons placentaires, trop adhérents pour être détachés avec les doigts. Injection intra-utérine : le liquide sort clair. Peu de sang perdu pendant la délivrance.

Sortie le 18 février 1891. Guérie.

RÉFLEXIONS. — Cette observation montre une hémorrhagie survenant au 24^e jour de la rétention et nécessitant le curettage qui l'arrête.

OBS. XXV. — N^o 473, année 1891.

Ch., 33 ans, passementière.

Réglée à 13 ans régulièrement.

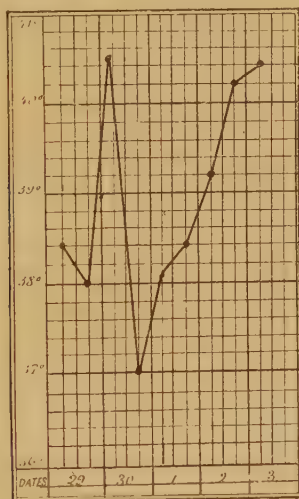


Fig. 10.

IV pare. 3 grossesses antérieures normales. Même père.
Dernières règles, 26 avril 1891.

Perd du sang depuis le commencement de juin, d'abord en petite quantité; puis le 25, très abondante pendant 3 jours, accompagnée de caillots, ce qui fait penser à une fausse couche.

Douleur du ventre. Etat satisfaisant le 28 juin, permettant à la femme de quitter la chambre.

Le soir, elle est prise de 3 frissons consécutifs pendant lesquels la température monte à 40°5.

Introduction du ballon Tarnier le 29 juin à midi.

7 h. 1/2 soir. — M. Potocki retire le ballon. Lavage intra-utérin prolongé. Essais infructueux d'introduction du ballon Champetier. M. Potocki extrait une petite partie du placenta le 30 juin à 8 h. 1/2.

Frisson. Vomissements. 1^{er} juillet, 8 h. soir. Lochies fétides. Injection intra-utérine. T. 38°3. Irrigation continuée 2 h. du matin. A 6 h. matin, 40°. Pouls filiforme. Inhalations d'oxygène.

Morte le 2 juillet à midi.

RÉFLEXIONS.— Cette observation est instructive à plusieurs égard. Nous l'avons publiée plus haut *in extenso*. Elle montre une fois de plus la gravité des avortements faits en ville, la difficulté d'intervention dans les cas de fibrômes, son échec lorsqu'elle est trop tardive.

OBS. XXVI. — N° 476, année 1891.

Ro., 33 ans, bonnetière.

Réglée à 16 ans, régulièrement.

7 grossesses antérieures : 6 accouchements à terme et 1 fausse-couche de 3 mois 1/2.

Dernières règles, fin mars 1891.

Entrée le 16 août 1891 à la clinique Baudelocque. Depuis le 25 juin, cette femme perd du sang tous les jours en quantité variable.

Premières douleurs : 14 août. Accouchement le 15, d'un fœtus mort. Avortement fait en ville. A son entrée, on sent une partie du placenta dans le vagin et l'autre partie adhérente dans l'utérus dont l'orifice est dilatable. Mlle Roze décolle le placenta avec 2 doigts.

A l'entrée de la malade dans le service, T. 38° 6. On la soumet à l'irrigation du 18 au 20 août.

La température descend à 37°2. Guérison.

Placenta : A la coupe, caillots cruoriques récents recouvrant toute la surface placentaire au-dessous du chorion.

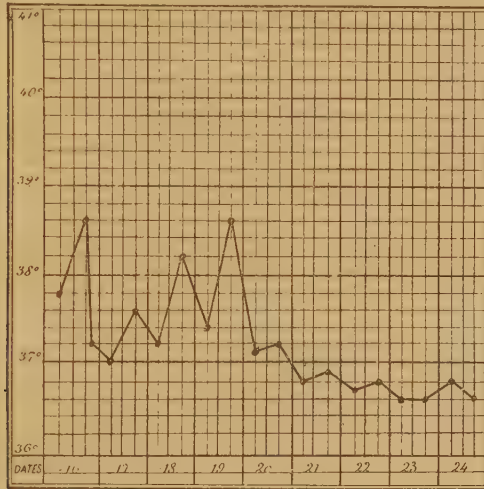


Fig. 11.

RÉFLEXIONS. — A noter encore ici, l'avortement fait en ville, le début d'infection avant l'entrée à la clinique, l'influence du curettage, qui fait cesser l'hémorrhagie, les bons effets de l'irrigation continue après l'extraction du placenta.

OBS. XXVII. — N° 497, année 1892.

L. P., 24 ans, caissière. Primipare. Entrée le 15 février 1892.

D. R. du 22 au 25 octobre 1891.

Légère perte de sang le 2^e mois. A duré 1 jour. Le 9 février, chute sur le dos dans un escalier. Douleurs violentes dans les reins depuis cette époque.

Perte de sang jusqu'au jeudi matin 12 février : à ce moment, contractions et écoulement sanguin assez considérable. A 10 h. du matin, elle demande 2 médecins qui constatent qu'elle est en travail. A 1 h.

du soir, expulsion du fœtus et rétention du placenta. Injections vaginales antiseptiques.

Le soir, on essaie d'extraire le placenta engagé dans le col, tentative qui détermine une hémorrhagie abondante.

Injections vaginales tous les jours. Tentative d'extraction du placenta avec des pinces.

14 février. — Frissons dans la nuit et la journée.

15. — On amène cette femme à la clinique. T. 39°5.

A 7 h. soir, anesthésie. M. Varnier, après avoir introduit toute la main

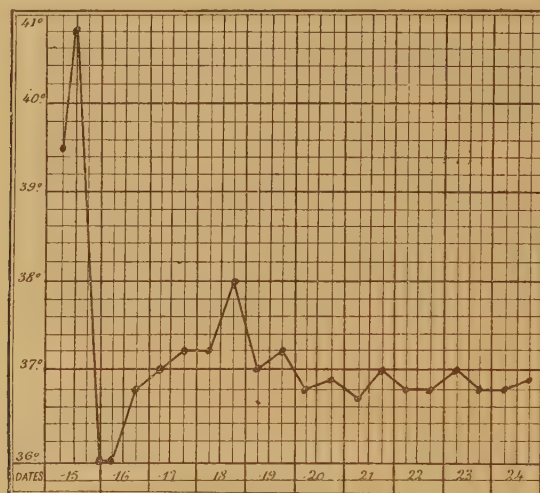


Fig. 12.

dans le vagin, parvient assez facilement, à l'aide de 2 doigts introduits dans l'utérus, à extraire le placenta qui était en partie décollé ; l'autre portion était adhérente au niveau de la corne droite.

Injection intra-utérine. Tamponnement à la gaze iodoformée. Une heure après, frisson. T. 41°. Irrigation pendant quelques heures de 9 h. 1/2 à minuit.

La température s'abaisse rapidement.

9 h. 30 soir.

Température, 39°.

10 h. 1/2, 37°9, eau phéniquée à 1/600.

11 h. 1/2, 37°5, »

Minuit, 35°7. On cesse l'irrigation. Sulf. de quinine, 0 gr. 50.

18. — Soir. Injection intra-utérine au bi-iodure 1/4000, une à l'eau phéniquée 1/300.

Sortie le 2 mars 1892. Guérie.

RÉFLEXIONS. — Après avoir subi deux interventions en ville, cette femme arrive à la clinique en pleine possession d'infection développée par les manœuvres intempestives faites au dehors. Elle bénéficie du curettage qui encore dans ce cas a eu une influence salutare indéniable.

OBS. XXVIII. — N° 507, année 1892.

U. S..., 25 ans, domestique.

IV pare. 1^{er} en 1887, à terme, spontané. Enfant vivant.

2^e en 1890, 7 mois 1/2. Sommet. Vivant. Mort à 2 mois.

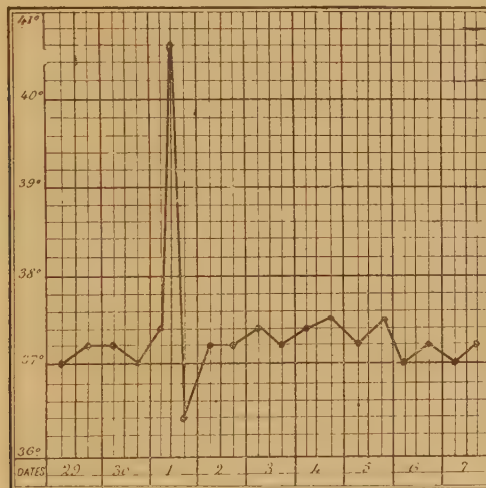


Fig. 13.

3^e en 1891, fausse couche de 3 mois 1/2. Père différent pour les 3 dernières grossesses.

D. R. du 8 au 10 octobre 1891.

Terme de la grossesse : 6 mois 1/2.

Pas d'albumine.

Début du travail, 7 h. soir, 28 avril.

Entre à la salle de travail 29 avril à 4 h. matin, à la dilatation complète. Rupture des membranes à la dilatation complète. Liquide verdâtre. Expulsion du fœtus à 4 h. 10 du matin le 29 avril. Rétention du placenta. Élévation de la température. Introduction du ballon Champetier le 1^{er} mai à 10 h. m. (400 gr. liquide).

A midi, frissons légers et T. de 40°4.

A 4 h. 10, expulsion du ballon. Mlle Roze introduit la main dans le vagin et 2 doigts dans l'utérus. Elle sent le placenta adhérent légèrement dans une partie de son étendue à la face antérieure de l'utérus : elle le décolle facilement et l'extrait. Injection intra-utérine.

1^{er} mai. — 1/2 h. après la délivrance, frisson. T. 41°.

6 h. soir. Irrigation continue. T. 40°5.

7 h. soir. T. 39°2.

8 h. soir. T. 38°.

9 h. soir. T. 37°5.

9 h. 1/2 soir. T. 36°8.

11 h. soir. T. 36°5.

Minuit 1/2 T. 36°2. On cesse l'irrigation. Sortie guérie.

RÉFLEXION. — Nous remarquerons encore ici la mort et la macération du fœtus, la rétention placentaire, le début des accidents septicémiques, qui nécessite l'intervention active, encore couronnée de succès.

Obs. XXIX. — N° 515, année 1892.

R... Maria, 28 ans, femme de chambre.

Entrée à la salle de travail le 6 juin à 6 h. matin.

Réglée à 13 ans, régulièrement.

Syphilis en 1888, soignée à Pascal.

III pare. 1^{er} Avortement de 6 semaines en 1886. 2^e fausse couche de 6 mois en 1890.

Enfant mort. Père différent pour chaque grossesse.

D. R. 15 novembre 1891.

Mouvements actifs. Mars. H. de l'utérus, 20 cent. 6 mois 1/2. Début du travail, 5 juin 1892. Dilatation complète à 7 h. ; œuf expulsé, enveloppé dans l'amnios, entouré de liquide amniotique normal. Expulsion à 7 h. 5 le 6 juin. Durée du travail, 7 h. 5.

A 11 h. matin, le placenta ne s'engageant pas et l'orifice revenant sur lui-même, Mlle Roze pratique la délivrance artificielle. Adhérence du placenta à la face antérieure de l'utérus. Injection intra-utérine.

Enfant mort et macéré. Poids du placenta : 380 grammes.

Rétention de la caduque et du chorion.

Suites de couches absolument normales. T. oscillant autour de 37°. Guérison.

RÉFLEXIONS. — La rétention ne déterminait pas d'accidents. L'intervention immédiate reconnaît ici exclusivement pour indication la macération du fœtus. Prophylaxie.

OBS. XXX. — N° 519, année 1892.

Clémence B., 24 ans, domestique. Primipare. Entrée le 7 juillet 1892.

A marché à deux ans. Réglée à 15 ans, régulièrement.

Fluxion de poitrine à 10 ans. Anémie à 17 ans.

Le 5 juillet à 1 h. matin, cette femme expulse chez elle un embryon de 3 mois. Il y a rétention du placenta. Pas d'hémorrhagie, mais bientôt des symptômes évidents de septicémie se manifestent.

Le 7 juillet, à 11 h. 40 soir, une sage-femme l'amène à la clinique Baudelocque. Le placenta est toujours dans l'utérus. La femme a eu plusieurs frissons violents ; la température est de 40°. Immédiatement, on la soumet au sommeil chloroformique. L'examinant, on trouve le placenta en partie décollé, en partie adhérent sur la face antérieure de l'utérus. M. Lepage fait la délivrance artificielle.

Poids du placenta : 120 gr.

Aussitôt après la délivrance, frisson de 25 minutes après lequel la température est de 40°1.

On administre 0,50 centigr. de sulfate de quinine et on soumet la femme à l'irrigation continue.

Le 10, ventre ballonné, très douloureux. Pas de frisson. 10 sangsues. Onguent mercuriel sur le ventre.

11. — Même état. Prostration complète.

12. — Dans la nuit, délire. Grande agitation.
13. — Eruption hydrargirique généralisée. Diarrhée abondante.
14. — Depuis minuit : délire allant s'aggravant.
15. — Morte à 4 h. 1/2 du matin.



Fig. 14.

RÉFLEXIONS. — Ici encore avortement fait en ville, touchers probablement malpropres, rétention placentaire, infection grave, que le curettage digital encore, ni l'irrigation ne peuvent guérir. C'est un de ces cas désespérés où la mort est imputable à la généralisation de l'infection avant l'intervention.

OBS. XXXI. — N° 521, année 1892.

M.... Angèle, 28 ans, employée de commerce.

Réglée à 13 ans, régulièrement.

II pare. — 1^{er} accouchement à terme. Spontané. Enfant mort à 4 mois en nourrice.

D. R. 25 ans, 29 juin.

A 2 mois de grossesse, violentes douleurs lombo-abdominales. 8 jours

après, pertes de sang abondantes dans la nuit du 2 au 3 septembre. Nouvelle perte le 4.

Dans le sang recueilli, on trouve quelques débris de membranes. Le médecin qui l'assiste pense à un avortement incomplet, l'embryon étant passé inaperçu.

Il fait alors des injections chaudes avec la solution phéniquée tamponne le vagin avec du coton hydrophile.

5 septembre. — Plusieurs frissons qui se répètent les 6 et 7 septembre.

Le 8, à 10 h. du matin, on l'amène à la Clinique, la T. est de 37°6 à son entrée.

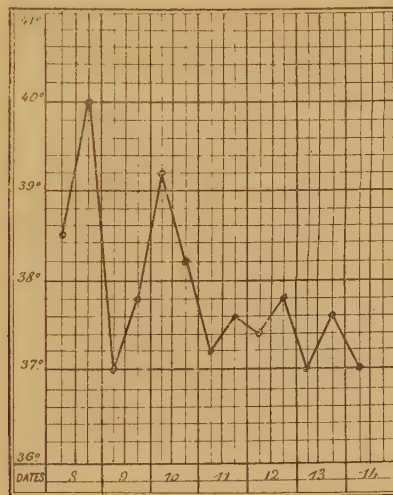


Fig. 15.

On enlève le tampon formé de 6 bourdonnets de coton, n'ayant aucune odeur, on fait une longue injection vaginale au bi-iodure et l'on bourre le vagin de gaze iodoformée. M. Varnier voit la malade à 6 h. du soir et juge l'intervention nécessaire, la température étant de 38°5.

M. Brion pratique alors le curettage digital.

Le col est largement perméable et permet l'introduction de 2 doigts. Le placenta est engagé dans l'orifice interne du col, il n'adhère qu'à la partie profonde de l'utérus. L'extraction ne demande que 15 à 20 minutes. Poids du placenta, 30 gr. Tamponnement avec la gaze iodoformée. Après l'injection à la solution phéniquée forte. A 8 h. soir, une heure

après la délivrance, la malade est prise d'un frisson violent qui dure plusieurs minutes. A 8 h. 45, la température est de 40°. Irrigation continue pendant 21 heures.

Sortie guérie le 25 septembre.

RÉFLEXIONS. — Dans cet avortement avec rétention on peut encore accuser comme point de départ de l'infection l'intervention faite en ville. Le curettage a arrêté l'infection en voie de développement.

OBS. XXXII. — N° 527, année 1892.

C. Anne-Marie, 30 ans, domestique.

Réglée à 14 ans. I pare. D. R. du 15 au 20 mai. Terme : 4 mois.

Légère hémorrhagie du 17 au 18 septembre. Pas d'albumine.

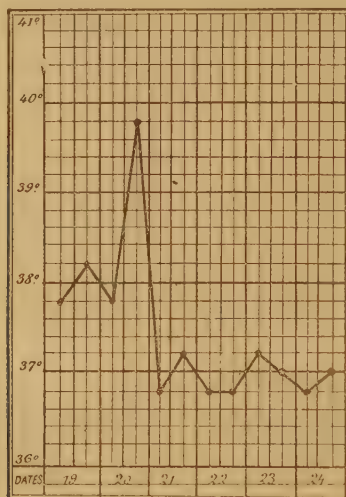


Fig. 16.

Femme arrivée du dehors le 18 septembre à 10 h. matin, perdant du sang depuis la veille. L'utérus est développé comme pour une grossesse de 4 mois. Pas de bruits du cœur fœtal. Orifice utérin et dilaté comme 0 fr. 50 : les membranes sont rompues. T. 38° Reste en observation.

Le 20 septembre, la température continuant à s'élever, on la transporte à l'isolement et M. Wallich pratique à 5 h. du soir l'extraction du fœtus et des annexes sous le chloroforme. Durée du travail : 7½ h. Délivrance artificielle. Fœtus mort et putréfié, 120 gr.

Placenta : 60 gr.

Sortie guérie.

RÉFLEXIONS. — Notons ici la rupture précoce des membranes, la mort du fœtus et l'ascension de la température considérées comme indications à l'évacuation de l'utérus avant même l'expulsion du fœtus.

OBS. XXXIII. — N° 528, année 1892.

Ol. Anna, 31 ans, couturière, née à Quimper.

Réglée à 18 ans.

II pare. 1^{re} grossesse. Forceps par M. Pinard.

D. R. 6 mars. — Chute dans les escaliers. Perte de sang consécutive avec caillots, pendant 8 jours. Pas d'albumine. Entrée le 22 août à minuit 25.

Rupture des membranes prématurée. Expulsion le 22 août à 3 h. matin. Sommet, vivant, 220 gr. Durée du travail : 45 h. Hémorrhagie qui se répète 5 ou 6 fois en 3 h. Injections. Délivrance artificielle faite par Mlle Roze.

Pas de température. Guérison.

RÉFLEXIONS. — A noter dans cette observation la rupture précoce, la délivrance artificielle 3 heures après l'expulsion du fœtus pour hémorrhagie.

OBS. XXXIV. — N° 529, année 1892.

Marie M..., 23 ans. I pare.

Entrée le 26 août 1892.

D. R. 25 au 28 mai.

Perte de sang le 20 août. A duré 2 jours. 23 août à 2 h. du matin, expulsion de l'embryon et rétention du placenta. A partir de ce moment,

frissons répétés, élévation de température. Tentatives d'extraction du placenta, en ville.

26 août. — 7 h. soir. On amène cette femme à la clinique. T. 38°8. Une heure après, frisson violent.

9 h. soir. — Anesthésie, M. Brion sous la direction de M. Varnier, pratique le curettage digital de l'utérus; il introduit difficilement le doigt dans le col et parvient à décoller complètement le placenta, adhérent surtout à la paroi postérieure et latérale gauche de l'utérus. Placenta : 25 grammes. Grattage de la paroi interne de l'utérus à l'aide de la curette de Récamier. Injection intra-utérine avec solution phéniquée au

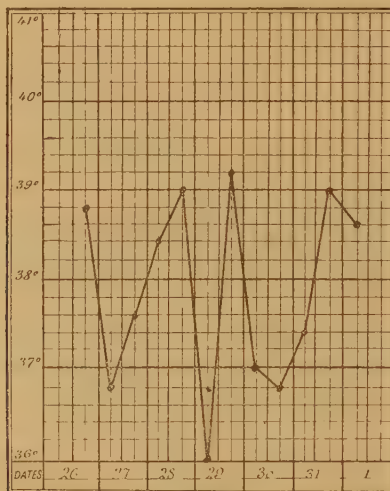


Fig. 17.

1/40, puis au bi-iodure. Bande de gaze iodoformée à demeure dans les cavités utérine et vaginale. Deux heures après l'intervention, irrigation pendant 5 heures. La température s'abaisse assez rapidement. 3 h. matin : 36°2. 9 h. matin, T. remontée à 38°6. On recommence l'irrigation continue.

30. — Minuit 15, T. 36°. On cesse l'irrigation. Epistaxis assez abondante dans la journée.

31. — Diarrhée abondante. Langue sèche. Bismuth. Sangues. Glace. Oxygène.

8 h. soir. Cris continuels. Difficulté à respirer. Oxygène.

1^{er} septembre. — Grande agitation jusqu'à 4 h. matin, puis prostration complète.

Morte à 10 h. matin.

RÉFLEXIONS. — La gravité de l'avortement fait en ville ressort encore manifestement de cette observation. Il est évident que dans ce cas, et pour les mêmes raisons, le curettage digital est, comme les autres procédés impuissant à arrêter la marche de l'infection généralisée. Le pronostic reste le même après l'intervention qu'avant, fatal.

OBS. XXXV. — N° 530, année 1892.

R... Nelly, 33 ans, couturière, née à Cuba.

Réglée à 13 ans. Régulièrement.

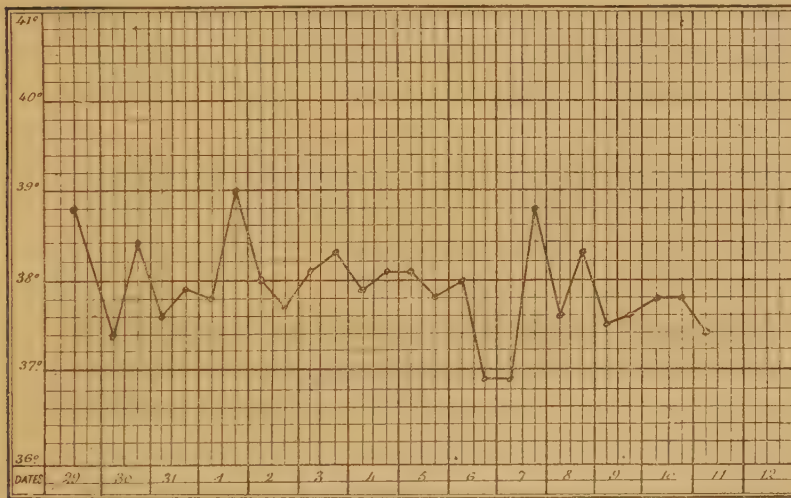


Fig. 18.

VI pare. 4 premières grossesses à terme : accouchements normaux.
5^e fausse couche de 3 mois ? (Même père)

- D. R. Avril ? A continué à perdre du sang chaque mois à l'époque de

ses règles, en quantité à peu près normale. Tuberculose. Avortement fait en ville le 27 juillet 1892. Immédiatement, délivrance artificielle manuelle faite incomplètement par le médecin qui l'assistait.

28 juillet. — Frissons ; élévation de température. Injection intra-utérine.

29. — Nouvelle intervention par un second médecin qui employa la curette. La fièvre continue. Le même jour, à 11 h. soir, on amène la malade à la clinique Baudelocque : la température est de 38°7.

Chloroformisation. Délivrance artificielle avec 2 doigts.

Extraction par Mlle Dubuisson d'un débris de placenta du volume d'une petite noix. Irrigation continue. Guérison. Oscillation de la température entre 38° et 37°, due probablement à la tuberculose.

RÉFLEXIONS. — Ce que nous avons dit précédemment de l'avortement fait en ville, est ici encore très manifeste : avortement, délivrance incomplète et double intervention intempestive pour extraire le placenta. Infection qui peut, malgré le mauvais état général de la femme, être enrayé par le curettage complet de la cavité utérine.

Que pouvons-nous et devons-nous conclure des 28 observations qui précèdent ?

Quels sont d'abord les accidents survenus au cours de ces cas de rétention placentaire ?

Les auteurs citent en général deux complications : la septicémie et les hémorrhagies. Dans quelle proportion se produisent chacun de ces accidents ; aucun chiffre ne donne la moindre idée de leur fréquence relative et il semble, par la place que leur réservent ces auteurs dans leurs ouvrages, que l'un et l'autre se rencontrent aussi souvent.

Disons donc de suite que la septicémie est la complication de beaucoup la plus fréquente puisque sur 28 cas de rétention placentaire, elle est survenue 24 fois, tandis que l'hé-

morrhagie grave n'a été rencontrée que 4 fois, et encore une seule fois pour rétention proprement dite.

Nous affirmons l'extrême rareté de cette deuxième complication.

Cherchons à déterminer dans quelles conditions les accidents septiques se produisent, en nous appuyant toujours sur les observations ci-dessus citées.

Nous voyons dans 10 cas la mort et la macération du fœtus combinées à la rupture précoce des membranes jouer un rôle important dans le développement de la septicémie. On conçoit en effet facilement que le liquide amniotique altéré, le fœtus, le placenta macérés, favorisent l'infection et surtout son développement.

Parmi les conditions qui favorisent ou sont la cause du développement de la septicémie, il faut noter au premier chef les touchers malpropres, les tentatives de délivrance artificielle faites en ville et que nous rencontrons 10 fois dans nos observations. De là ressort nettement l'importance des soins antiseptiques, toutes les fois qu'on se trouve en présence d'un avortement et plus particulièrement encore quand il s'agit de la délivrance.

Nous verrons en effet ultérieurement quelle gravité revêt l'avortement où la propreté a été négligée et la mortalité considérable qui en est la conséquence.

Et maintenant quel traitement opposerons-nous aux accidents qui surviennent, exceptionnellement, nous l'avons montré, dans ces cas de rétention ?

CHAPITRE III

Traitement des accidents de la rétention.

Pour déterminer quel traitement on doit opposer aux accidents de la rétention, nous allons, comme nous l'avons fait jusqu'à présent, nous appuyer sur notre statistique.

Sur 28 observations, nous avons 24 cas de septicémie; et sur ces 24 cas, nous avons 13 guérisons, et 11 morts.

Voyons à quoi sont dus ces 11 cas de mort, et si l'intervention ne peut être incriminée dans quelques-uns?

Nous avons dit au début de ce travail que nous publierions les observations dans l'ordre chronologique, voici pourquoi : nous pouvons diviser la période de 1883 à 1892 en deux grandes catégories correspondantes aux traitements employés.

De 1883 à 1888, en effet, le traitement consistait en injections vaginales, irrigations intra-utérines ou irrigation continue antiseptiques. Nous ferons remarquer que pendant les années 1883 et 1884 peu de cas de rétention avec septicémie furent traités dans le service. A cette époque les femmes qui se présentaient ainsi infectées étaient dirigées sur un service de médecine. Ce n'est qu'en 1885, lorsque MM. Pinard et Varnier appliquèrent l'irrigation continue aux cas d'infection, que ceux qui venaient du dehors furent tous admis. Ceci nous explique la faible mortalité par avortement des deux premières années de notre statistique.

Ce n'est qu'à partir de janvier 1888 que fut adjoint à ce

traitement le curettage digital. C'est notre 2^e période qui va jusqu'en 1892.

Voyons donc quels résultats ont fourni ces deux méthodes :

De 1883 à 1888, les injections intra-utérines et l'irrigation furent employées 8 fois pour combattre la septicémie indépendamment des cas où on substitua à l'irrigation un traitement plus actif et dont nous ne parlerons pas. Il y eut 4 décès. Trois des femmes mortes, il est vrai, sont entrées dans le service en pleine possession de l'infection après avoir avorté en ville, mais à une période assez rapprochée du début des accidents pour que M. Pinard ait pu se demander si une intervention plus active n'aurait pu amener un autre résultat.

L'injection intra-uterine intermittente, l'irrigation continue elle-même lui ont paru insuffisantes à combattre la septicémie, tant que le placenta n'est pas évacué de la cavité utérine.

L'injection, ou l'irrigation, si prolongée soit-elle, ne peut nettoyer et enlever toutes les parties septiques qui sont logées dans les anfractuosités interutéro-placentaires ? Autant l'efficacité de l'irrigation est manifeste quand l'utérus est vidé (1),

(1) Si l'irrigation continue ne vaut rien, pourquoi cette note que nous trouvons dans la thèse d'Audebert, page 82, au bas d'une observation ayant pour titre : Avortement à 4 m. 1/2 ; Rétention placentaire pendant 6 jours. Fièvre. Irrigation continue. Guérison. Observation inédite communiquée à l'auteur par M. Budin. « Il est bon de faire remarquer que cette observation est antérieure à la publication du mémoire de Pinard et Varnier sur l'irrigation continue ». Cette note ressemble fort à une revendication de priorité et par suite à une insinuation malveillante contre nos maîtres. M. Audebert aurait pu, avant de composer ou de transcrire cette note, prendre la peine de parcourir le mémoire de MM. Pinard et Varnier. Il y aurait vu que leur première observation remontait au 26 mai 1885. De plus, ceux qui lui ont communiqué cette observation auraient pu lui dire que l'irrigation continue fut en effet appliquée le 15 septembre 1885 dans le service de M. Budin, mais en l'absence de celui-ci et par

autant son impuissance éclate tant que le placenta est encore adhérent à la paroi utérine.

Il faut évacuer l'utérus : telle est la conclusion des 4 échecs de cette première période.

Depuis janvier 1888, le procédé employé est le curettage utérin digital réservé jusque-là aux cas d'hémorrhagie, curettage suivi ou non, selon les cas, de l'irrigation continue.

Sur 21 cas de septicémie, où le curettage digital fut ainsi employé, nous avons 16 guérisons et 5 morts.

A quoi peut-on rattacher ces 5 morts ? 4 de ces femmes sont arrivées dans le service ayant expulsé leur fœtus en ville, ayant été soumises à des manœuvres intempestives et malpropres, et en possession de septicémie déjà très développée. Une mort est due à une péritonite consécutive à la chute d'une eschare de la paroi utérine, après une double intervention dans un utérus cloisonné.

On voit donc que le bilan de cette méthode, les cas désespérés mis à part est satisfaisant.

Mortalité dans l'avortement. — Par ce qui précède, on peut juger de la gravité de l'avortement quand on intervient d'une manière irréfléchie ou trop tardive.

Sur 530 avortements, la mortalité est de 18 décès, dont 11 survenus chez des femmes ayant avorté en partie ou en totalité en ville. La proportion est donc de 3.39 0/0, tandis que dans la même période de temps, la mortalité dans l'accouchement normal a été de 0.80 0/0.

Si nous retranchons des 18 décès ceux survenus à la suite d'avortements faits en ville qui sont au nombre de 11, il reste

un élève de M. Pinard, accoucheur du Bureau central, chargé à cette époque du service de la Charité.

donc pour la mortalité du service interne 7 décès, soit une mortalité de 1.35 0/0. Et sur ces 7 décès, si nous tenons encore compte que 3 sont imputables à des femmes profondément albuminuriques arrivées du dehors avec des accès d'éclampsie contre lesquels aucun traitement n'avait été dirigé il reste donc 4 morts pour 490 avortements qui se sont produits dans le service, soit une proportion de 0.81 0/0, alors que dans l'accouchement normal et pendant la même période, les cas de mort par infection du dehors mis à part, la mortalité est de 0.203 0/0.

Avant de donner les observations des décès, notons l'extrême gravité des avortements faits en ville. Sur 40 cas, il y eut 11 décès, soit 27.5 0/0. Ces chiffres sont assez éloquents pour que nous nous abstenions d'insister davantage.

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES AVORTEMENTS SUIVIS DE MORT.

Observations de mortalité.

OBS. I. — Année 1883. X... Avortement de 3 mois. Rétention placentaire, morte de septicémie. (Voir obs. 8, p. 72).

OBS. II. — Année 1885. IV pare. 28 ans. Avortement gémellaire de 5 mois. *Amenée exsangue à l'hôpital Lariboisière*. Hémorrhagie avant et pendant le travail. Délivrance artificielle. Morte dans un état syncopal. (Voir obs. 9, p. 73).

OBS. III. — Année 1885. I pare. *Avortement de 3 mois fait en ville*. Rétention placentaire; T. à son arrivée 39°, pouls petit, injections intra-utérines. Morte de pyohémie le 10^e jour (Obs. 10, p. 73).

OBS. IV. — Année 1885. I pare, 21 ans. *Avortement de 3 mois fait chez elle*. Rétention du placenta, avec une température de 39°. Injections intra-utérines et irrigation continue. Expulsion spontanée du placenta après 48 h. d'irrigation. Diminution des symptômes d'infection. Thrombose cardio-pulmonaire. Morte le 5^e jour (Obs. 11, p. 74).

OBS. V. — Année 1886. I pare. Avortement de 6 mois 1/2. Arrivée avec un début de travail. Fœtus mort avant son entrée. Durée du travail 6 h. Poids du fœtus 1160 gr. Rupture artificielle prématurée des membranes pour hémorrhagie grave ayant débuté 9 h. avant l'avortement. Délivrance naturelle 1/2 h. après. *Femme profondément albuminurique n'ayant pas suivi de traitement chez elle.* Morte d'urémie le 6^e jour.

OBS. VI. — Année 1886. II pare. Avortement de 5 mois. Durée du travail 4 jours. *A son entrée, un pied est dans le vagin.* Le lendemain, expulsion d'un fœtus mort pesant 600 gr. Rupture prématurée des membranes en ville 3 jours avant l'avortement. Irrigation continue. Délivrance spontanée 4 jours après l'expulsion du fœtus. Morte d'infection purulente le 8^e jour, le 18 juin 1886. *Avortement fait en partie en ville.* (Obs. 12, p. 75).

OBS. VII. — Année 1886. VII pare. Avortement de 5 mois. Grossesse gémellaire. Expulsion d'un fœtus mort pesant 300 gr. Rétention du placenta et du second œuf expulsé en entier le 28 juin, 2 jours après avec le placenta. Irrigation continue. Morte d'infection. Ictère grave, le 5^e jour. (Voir obs. 13, p. 75).

OBS. VIII. — Année 1887. VI pare. Avortement de 5 mois 1/2. Grossesse gémellaire. Durée du travail 4 h. 15. Expulsion des 2 fœtus vivants en sommet (830 et 960 grammes). Délivrance naturelle 1/2 heure après. Morte le 16^e jour de *tétanos puerpéral*.

OBS. IX. — Année 1888. II pare. Avortement de 5 mois. Durée du travail 5 h. Expulsion spontanée d'un fœtus de 520 grammes, vivant. Délivrance spontanée (1 h. 1/2 après). Cette femme se lève le 10^e jour, mais est obligée de reprendre le lit. Début des accidents de péritonite le 10^e jour. Morte le 17^e jour. Autopsie.

Endométrite septique et néphrite infectieuse.

OBS. X. — Année 1888. V pare. Brightique. Avortement de 5 mois. Expulsion d'un fœtus vivant de 1000 grammes. Délivrance naturelle 1 h. après. *Avait eu, avant son entrée à la clinique, 8 accès d'éclampsie ; elle en eut deux encore dans le service, n'avait pas été traitée chez elle.* Morte le 4^e jour, 4 février 1888. Urémie.

OBS. XI. — Année 1888. I pare. Avortement de 5 mois. Expulsion spontanée d'un fœtus mort de 320 grammes. Délivrance spontanée

2 h. après. *Avait eu plusieurs accès d'éclampsie chez elle ; elle en eut 4 à la clinique. A été examinée chez elle par un médecin et une sage-femme. Aménée dans un état comateux. Morte le 3^e jour sans avoir repris connaissance avec une température de 42°.*

Obs. XII. — Année 1888. I pare. Avortement de 6 mois 1/2. Expulsion spontanée d'un fœtus mort depuis la veille de 850 grammes, après 8 h. 1/2 de travail et 5 jours après la rupture prématurée des membranes. Rétention du placenta. Extraction du placenta le lendemain, mais une partie reste dans une corne de l'utérus. Nouveaux symptômes de septicémie, 2^e intervention. Morte le 4^e jour de péritonite consécutive à la chute d'une eschare de la paroi utérine. (Voir obs. 19, p. 80).

Obs. XIII. — Année 1889. I pare. Avortement de 6 mois 1/2. Expulsion du fœtus chez elle le 28 mai. Rétention du placenta. *Tentatives d'extraction par un médecin et une sage-femme.* Entrée à la clinique avec une T. de 38°5 le 29. Le 30, application du ballon Champetier, extraction manuelle du placenta putréfié pesant 125 grammes. Irrigation continue. Morte le 6^e jour (2 juin) de septicémie.

Obs. XIV. — Année 1890, n° 425. II pare. Avortement de 6 mois 1/2. Grossesse gémellaire. Expulsion spontanée des 2 fœtus (1^{er} sommet, 2^e siège après 24 h. de travail. Délivrance artificielle immédiate par Mlle Roze pour hémorrhagie. Difficulté de décollement du placenta dont quelques cotylédons restèrent adhérents. Infection. Irrigation continue. Morte le 8^e jour (7 juin). (Voir obs. 23, p. 84).

Obs. XV. — Année 1890. I pare. Avortement de 6 mois. *Apportée en brancard.* Ayant eu la syphilis 2 mois auparavant. Durée du travail 12 h. *A son entrée dans le service le siège est hors de la vulve* et l'extraction se fait de suite. Délivrance spontanée 1 heure après. Enfant macéré de 840 grammes. Début des accidents le 5^e jour. Morte le 16^e jour de septicémie. Pas d'irrigation continue.

Obs. XVI. — Année 1891, n° 873. IV pare. *Avortement de 2 mois 1/2 fait en ville.* Rétention du placenta. Entrée le 4^e jour avec une température de 40°5. Introduction du ballon Tarnier. Extraction manuelle du placenta putréfié. Septicémie. Irrigations. Morte le 3^e jour après son entrée. (Voir obs. 25, p. 87).

Obs. XVII. — Année 1892, n° 519. I pare. *Avortement de 3 mois fait en ville. Femme soignée chez elle par une sage-femme.* Rétention du placenta. Arrivée à la clinique 2 jours après avec une température de 40°. Délivrance artificielle sous le chloroforme. Irrigation continue. Morte le 8^e jour de septicémie. (V. obs. 30, p. 93).

Obs. XVIII. — Année 1892, n° 529. I pare. *Avortement de 2 mois 1/2 fait en ville, le 23 août.* Rétention du placenta. Arrivée à la clinique avec 38°8 de température 6 jours après. Extraction d'un placenta de 25 gr. Curetage instrumental. Irrigation. Morte le 8^e jour de septicémie. (V. obs. 34, p. 97).

Indications de l'intervention.

Nous dégageons donc les conclusions suivantes, au point de vue de l'indication de l'intervention :

1° Au point de vue prophylactique, on emploiera le traitement antiseptique dans toute sa rigueur et l'on pratiquera la délivrance artificielle immédiate chaque fois que le fœtus sera mort et macéré, sans attendre l'élévation de température.

2° Toutes les fois qu'une femme qui a fait un avortement, et qui n'est pas délivrée, n'a pas des suites de couches absolument physiologiques, mais voit sa température monter à 38° dans les jours qui suivent son avortement, elle doit être de suite isolée et délivrée artificiellement. L'élévation de température est en effet le premier signe de l'infection, contrairement à ce qui est écrit : « Que le premier symptôme qui doit faire craindre la septicémie est l'odeur fétide des lochies ». Le thermomètre est un plus fidèle indicateur que le nez, celui-ci fut-il très délicat.

Isolée et délivrée : nous insistons particulièrement sur ces deux mots, isolée parce qu'elle peut, au voisinage de récentes

accouchées, être le point de départ d'une contagion dont la gravité n'est plus à démontrer. Tout le monde connaît la ténacité et la rapidité avec laquelle se propage cette infection puerpérale. On devra aussitôt évacuer la salle où a séjourné cette femme, et nettoyer avec soin au sublimé tout ce qui ne peut être soumis à l'étuve.

On la délivrera de suite parce que l'infection n'étant qu'au début, l'organisme n'est pas encore intoxiqué par les produits septiques. A cette époque on peut espérer tout le bien de l'intervention et arracher à la mort des femmes condamnées à brève échéance. Mais il ne faut pas attendre, sans quoi il se passe ce qui arrive avec les malheureuses qui sont amenées du dehors *in extremis* dans les services hospitaliers, et qui viennent noircir les statistiques.

Quand l'avortement se produit dans un service, l'intervention pourra être rapide ; dès que les symptômes d'infection apparaîtront, on agira sans tarder et on obtiendra ainsi des résultats excellents.

Souvent, malheureusement, les femmes sont amenées après avoir expulsé le produit de leur grossesse chez elles, ou après avoir subi des interventions intempestives. Car en général les faits se passent ainsi : Une femme prise de douleurs, appelle un médecin ou une sage-femme ; les injections antiseptiques sont souvent négligées. Le travail marchant trop lentement, pour donner satisfaction à l'un et à l'autre, parfois aussi dans l'espoir de hâter l'expulsion, l'opérateur rompt les membranes dès qu'il sent tomber la poche des eaux, si elle ne le sont déjà avant son arrivée, par des mains peu familiarisées avec l'antisepsie. La femme expulse enfin son fœtus et se croit dé-

sormais hors de danger, confiante pour le reste à la bonne nature, d'après les conseils des assistants.

24 ou 48 heures se passent sans que rien n'éveille le moindre soupçon dans l'entourage. Un léger suintement de sang, cependant, se produisant de temps en temps, accompagné de quelques douleurs, attire seul l'attention, mais sans inquiéter personne outre mesure. Pendant ce temps la malade s'affaiblit, les forces diminuent, la figure s'altère, la fièvre s'allume.

A ce changement survenant assez brusquement, les parents effrayés redemandent le premier sauveur qui, perdant lui-même la tête, aggrave la situation. Il tente alors, oubliant l'antisepsie, soit avec les doigts, soit avec des instruments, l'extraction du placenta putréfié. Il en arrache quelques débris, heureusement encore quand il ne provoque pas d'autres dégâts.

Enfin, n'en pouvant plus, il songe à diriger sa victime à l'hôpital. Et c'est dans ces conditions défectueuses, avec le tableau de la septicémie connu de tous, que ces malheureuses nous arrivent, mourantes et infectées, pour bénéficier trop tard souvent, d'un traitement qui appliqué au temps d'élection, aurait été couronné de succès.

CHAPITRE IV

Manuel opératoire.

On chloroforme à fond la malade, on la place en travers du lit dans la position de la taille.

L'opérateur, après avoir satisfait avec le plus grand soin à toutes les règles de l'antisepsie, lavage des mains, nettoyage des ongles, fera une toilette de la vulve et du vagin, sans oublier surtout d'aller jusque dans les culs-de-sac. Cette toilette sera faite avec une solution de bi-iodure au 1/2000 par exemple. On trouvera d'ailleurs toutes ces notions préparatoires à toute opération obstétricale ou gynécologique dans l'ouvrage de M. Lepage sur l'Antisepsie obstétricale et dans le Traité de gynécologie de M. Pozzi.

Alors, sans employer ni spéculum, ni pincés, nous allons avec un ou deux doigts à la recherche de l'orifice utérin. Il faut parfois, pour faciliter la pénétration des doigts dans la cavité utérine, introduire la main tout entière dans le vagin.

On fixe le fond de l'utérus à travers la paroi abdominale avec la main qui reste libre. En agissant ainsi, non seulement on immobilise l'utérus, mais encore on l'abaisse, remplaçant ainsi les pincés qui déchirent souvent le col et ouvrent encore de nouvelles portes à l'infection.

On trouve, sans difficulté, le col qui peut présenter deux aspects : ou il est mou, dilatable, ou il est rétracté et non perméable.

Si le col est dilatable, on introduit aisément, sans résistance un ou deux doigts ; souvent on rencontre, chemin faisant, engagé dans l'orifice, en partie décollé, le placenta qui semble faire hernie par l'un de ses bords ; alors que l'autre portion est adhérente dans la cavité.

Si le col ne permet pas à un doigt de franchir le canal cervical, il faut le dilater en employant les ballons dilateurs de M. Champetier.

Quelquefois, le placenta est peu adhérent, et dans ces cas son extraction est très simple ; il n'y a, pour ainsi dire, qu'à le cueillir.

Souvent au contraire, il adhère considérablement à la paroi utérine. Il faut alors, procédant avec lenteur, sans violence, décoller avec le bout du doigt, toutes ces adhérences. Le placenta, friable, n'est extrait que par morceaux qui se déchirent à la moindre traction. On conçoit la difficulté et le peu de sécurité dans ces cas, quand on cherche à extraire le délivre avec des pinces.

On ne doit quitter la cavité utérine que quand le doigt ne sent plus aucun relief, aucune trace de débris placentaire sur sa paroi interne.

La difficulté réside souvent dans l'accès des cornes utérines dans lesquelles on parvient cependant à pénétrer par la patience et la lenteur.

Le doigt offre plus de sécurité que les instruments en raison des sensations nettes qu'il éprouve et dont il nous rend mieux compte que le plus parfait des instruments.

On nettoie, après ce curettage, la cavité utérine avec une injection phéniquée à 50/0 ou bi-iodurée à 1/2000. On y passe, monté sur une pince à longs mors, un écouvillon de gaze

iodoformée, et on laisse dans l'utérus et le vagin une bande de même gaze.

Au bout de une ou deux heures, il se peut que la température tombe brusquement pour ne pas remonter ; mais parfois au contraire, les opérées sont prises d'un frisson violent, le thermomètre accuse 40° et plus. C'est que, dans le premier cas, le placenta étant peu adhérent, les voies d'absorption ont été peu ou pas ouvertes ; dans ces conditions les produits septiques quise trouvent à leur voisinage ne peuvent pénétrer dans l'organisme et ne déterminent pas la réaction que la température accuse dans le second cas. Il y a, en effet, une nouvelle infection, une hyper-intoxication, due à l'irruption de ces matériaux septiques par les bouches béantes que le traumatisme opératoire a déchirées.

Mais qu'on se rassure, cette hyperthermie ne dure pas ; au bout de quelques heures à peine les bienfaits de l'intervention se manifestent. La malade se sent mieux ; elle demande le repos, la tranquillité ; la fièvre diminue, s'éteint ; le calme est complet.

Si cependant, en raison du mauvais état de l'opérée, en raison de l'infection déjà ancienne et profonde, la fièvre persistait, on aura toujours recours à l'injection intra-utérine et mieux à l'irrigation continue pendant quelques heures ou quelques jours jusqu'à ce que la température soit revenue à la normale.

Outre ce traitement local, il ne faut pas oublier le traitement général : Calme, tranquillité de corps et d'esprit ; toniques et reconstituants.

Toute méthode a ses admirateurs et ses contradicteurs.

Celle que nous exposons n'en est pas exempte, pas plus que les autres.

On a opposé plusieurs objections au curettage digital. On a dit qu'on ne pouvait être assuré de l'asepsie complète des doigts ; que l'utérus avait trop peu de largeur pour admettre l'introduction d'un ou plusieurs doigts ; que le doigt ne pouvait enlever toutes les parties de placenta adhérentes ; que le doigt n'était pas suffisamment long pour atteindre le fond de l'utérus ; que l'intervention était douloureuse, etc...

Ces objections sont spécieuses. Il suffit de les mentionner pour les juger.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu :

Le Président de la thèse,
PINARD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS.	5
INTRODUCTION.	9
TABLEAUX DE STATISTIQUE	10

I^{re} PARTIE

CHAPITRE I. — Causes de l'avortement	39
CHAPITRE II. — Fréquence de l'avortement.	55
CHAPITRE III. — Fréquence relative des présentations du fœtus	57
CHAPITRE IV. — État du fœtus au moment de son expulsion	60

II^e PARTIE

CHAPITRE I. — De la physiologie de la délivrance dans l'avortement. 67	67
CHAPITRE II. — De la rétention placentaire et des accidents qu'elle peut déterminer.	72
Observations	72
CHAPITRE III. — Traitement des accidents de la rétention	102
Indications de l'intervention.	102
CHAPITRE IV. — Manuel opératoire.	111

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot, Saint-Dizier (Hte-Marne) et 30, Passage Verdeau, Paris.
